This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

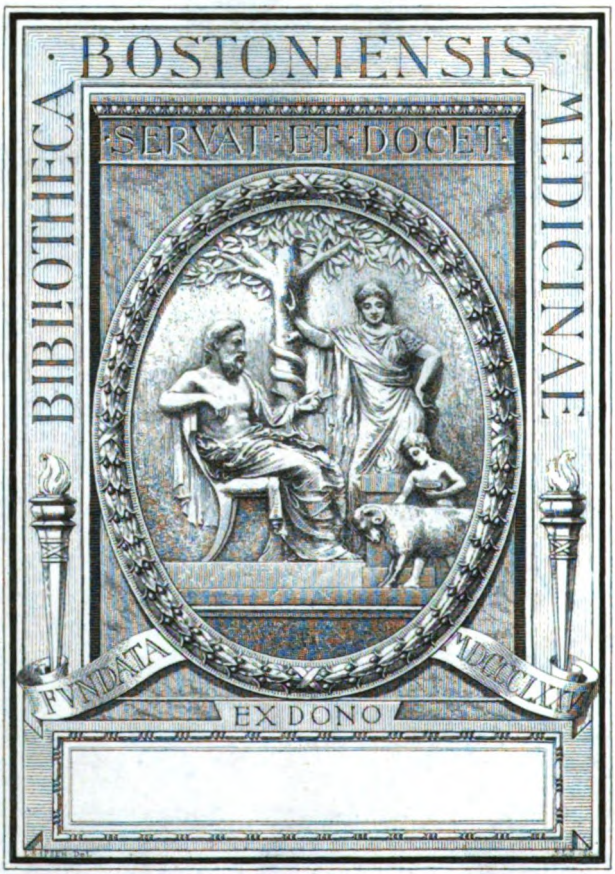
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`



Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE MÉDICALE

DE

LA SUISSE ROMANDE

VINGT-SIXIÈME ANNÉE — 1906

Digitized by Google

Société Générale d'Imprimerie
Pélisserie, 18

Digitized by Google

REVUE MÉDICALE

DE

LA SUISSE ROMANDE

RÉDACTEURS

JAQUES-L. REVERDIN **J.-L. PREVOST**

Professeurs à la Faculté de médecine de Genève

C. PICOT

Médecin de l'Infirmerie du Prieuré

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. DUFOUR, Professeur et DE CÉRENVILLE, Professeur honoraire
à la Faculté de médecine de Lausanne,
anciens rédacteurs du *Bulletin*.

VINGT-SIXIÈME ANNÉE. — 1906

Quarantième année du *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande.*

GENÈVE

GEORG & Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'UNIVERSITÉ

1906

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
OCT 3 1907
LIBRARY.

CATALOGUED
OCT 3 1907
J. F. B.

Digitized by Google

9577.
BOSTON MEDICAL LIBRARY
OCT 3 1907

XXVIme ANNEE. — N° 1 — 20 JANVIER 1906.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos d'un nouveau cas de phlegmon gonococcique métastatique. — Remarques sur l'infection gonococcique

Travail de la Clinique chirurgicale et gynécologique de l'Université de Lausanne. Directeur : Prof. Dr C. Roux

Par le Dr J. Schwetz
Assistant à la Policlinique universitaire de Lausanne

Tandis que la gravité de la syphilis est depuis longtemps connue par le public, la blennorragie est encore considérée à tort comme une maladie bénigne locale, non seulement par le public, mais encore par une certaine partie du corps médical, et cependant comme nous le verrons, la blennorragie à début purement local, peut se généraliser et donner lieu, au même titre que les autres maladies infectieuses, à de nombreux désordres.

Cette ignorance de la gravité de la blennorragie, comparativement à celle de la syphilis, peut s'expliquer en partie par le fait que cette dernière est *toujours* une maladie constitutionnelle, tandis que la blennorragie reste *souvent* une maladie purement locale, en partie par le fait que l'étude des complications générales de la blennorragie est de date relativement récente. Nous trouvons déjà dans la littérature du XVIIIe siècle quelques articles sur différentes complications à distance de cette maladie, mais c'est surtout depuis la découverte du gonocoque par Neisser en 1879, que de nombreux travaux ont été publiés sur les complications les plus diverses et les plus éloignées observées au cours de la blennorragie.

Hâtons nous de le dire : Parmi de nombreux articles, thèses et monographies qui ont été publiés dans ces dernières années sur ces diverses complications, beaucoup ne sont fondés que sur le principe *post hoc ergo propter hoc*, de sorte que nous ne pou-

Digitized by Google

vons pas nous appuyer sur eux, mais il existe de nombreuses publications authentiques basées sur des recherches cliniques et bactériologiques démontrant la variabilité de la localisation du virus blennorragique.

Les complications de la blennorragie peuvent être divisées en deux grandes classes : locales et à distance.

Nous ne voulons pas parler ici des complications locales, provenant de l'extension du virus aux organes voisins par continuité ou par contiguité, pouvant aller chez la femme par la voie génitale jusqu'au péritoine et chez l'homme, par la voie urinaire jusqu'au bassinet et, par la voie génitale, jusqu'à l'épididyme ; nous ne nous occuperons pas non plus de la lymphangite et de l'adénite (bubon) blennorragiques qui proviennent de l'extension du virus par la voie lymphatique. Nous ne parlerons ici que des complications blennorragiques à distance, localisées ou généralisées.

Ces complications métastatiques qui ont été signalées jusqu'à présent dans presque tous les tissus et organes, peuvent également être divisées en deux catégories.

La première comprend les complications dont la nature a été reconnue par la constatation de la présence du gonocoque au moyen de recherches bactériologiques, la seconde comprend toutes celles qui ont été observées dans les systèmes nerveux et cutané, et dans lesquelles la présence du gonocoque n'a pas été démontrée ; elles ne sont attribuées à la blennorragie que par l'étude et la démonstration clinique. C'est surtout la première catégorie qui nous intéresse ici.

Les complications éloignées de la blennorragie siègent le plus fréquemment, comme toutes les métastases infectieuses, dans les séreuses.

Parmi ces complications affectant les séreuses, les mieux connues et les mieux étudiées sont les arthropathies blennorragiques. Cliniquement elles ont déjà été décrites au commencement du siècle passé et les recherches bactériologiques n'ont eu qu'à confirmer un fait déjà universellement admis.

Les inflammations des autres petites séreuses, téno-synovites et bursites, ont été observées également assez souvent.

Parmi les grandes séreuses, c'est l'endocarde qui est relativement le plus souvent atteint dans la blennorragie. Notons les cas de Leyden, de Rendu et de Withe, où le gonocoque a été trouvé dans les replis de l'endocarde au cours d'une endocardite

Digitized by Google

blennorragique. Remarquons en passant à ce sujet, que cette endocardite a été observée presque exclusivement dans les cas de blennorragie compliquée de rhumatisme et rappelle ainsi les endocardites compliquant le rhumatisme ordinaire.

De Beurmann a signalé un cas de péricardite purulente gonococcique mortelle.

Bertrand a réuni dans sa thèse huit observations de pleurésie gonococcique.

Espagnac a rassemblé huit cas de phlébite gonococcique.

Prochaska a rapporté un cas de méningite cérébro-spinale gonococcique pure. Citons également le cas de méningite cérébro-spinale avec examen douteux observé par Fürbringer.

Nous ne parlons pas ici des péritonites gonococciques généralisées, ces dernières n'ayant été observées que chez de petites filles atteintes de vulvo-vaginite blennorragique (Dubreuilh) ou dans la puerpéralité. Dans tous ces cas la péritonite peut évidemment être expliquée par une propagation locale du gonocoque par la voie utéro-tubaire.

A part les complications atteignant les séreuses que nous venons de passer en revue, nous trouvons encore mentionnés dans la littérature quelques cas d'inflammation du tissu conjonctif sous-cutané ou intermusculaire, sans aucune lésion extérieure locale, et dans lesquels on a constaté la présence exclusive du gonocoque, ce qui démontre que celui-ci peut provoquer, au même titre que les autres microbes pathogènes, des suppurations, des phlegmons et des abcès. Ces cas sont d'autant plus intéressants qu'il n'y a pas encore très longtemps, certains auteurs n'attribuaient pas au gonocoque le pouvoir de pénétrer plus profondément que l'épithélium ou l'endothélium.

Nous croyons donc utile de publier un nouveau cas de phlegmon gonococcique hématogène observé dernièrement à la Clinique chirurgicale de Lausanne. L'anamnèse a été recueillie par M. le Dr Grec, interne du service. Nous la reproduisons brièvement :

Mlle X, 18 ans, entrée à l'hôpital le 1er novembre 1904.

Pas de maladies antérieures ; la malade nie toutes pertes blanches.

Le dimanche, 30 octobre, *elle fait une promenade assez longue par un très mauvais chemin*. A la fin de la promenade elle commence à souffrir du pied droit. Le lendemain elle continue encore son travail, mais, les douleurs au pied augmentant, elle va à la Policlinique où elle raconte

Digitized by Google

qu'elle s'est fait une entorse en marchant et où on lui conseille l'application de maillots.

Le surlendemain, 1er novembre, les douleurs deviennent encore plus intenses et le pied commence à enfler. La malade ne peut presque plus marcher. Elle se rend de nouveau à la Policlinique où M. le prof. Demiéville constate un phlegmon du dos du pied droit et l'envoie d'urgence à l'hôpital.

Status général : Jeune fille de taille moyenne, bien nourrie; muqueuses bien colorées. Langue un peu saburrale. Cœur et poumons normaux. T. 38°, 5.

Status local : Sur le côté externe du dos du pied droit, immédiatement au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne, on remarque une rougeur diffuse. Tout le dos du pied est tuméfié. La peau du dos du pied est œdématiée. La palpation est douloureuse. Fluctuation nette au-dessus et au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne. ***Mouvements de flexion et d'extension du pied indolores.***

Pas de solution de continuité ni d'autre cause locale d'infection du pied.

Pas de lymphangite à la jambe. Quelques ganglions inguinaux tuméfiés.

Diagnostic : Phlegmon d'origine hématogène.

Traitement : Maillots.

Le 1 novembre, incision en narcose et drainage. Il s'écoule une petite quantité d'un pus jaunâtre et de consistance assez épaisse.

Le toucher vaginal, fait en narcose, démontre l'existence de pertes blanches épaisses, d'une salpingite à gauche et d'une annexite à droite.

Le 19 novembre, la malade sort de l'hôpital complètement guérie de son phlegmon, mais les pertes blanches continuent.

La malade avoue être atteinte d'une blennorragie datant de plusieurs semaines.

L'examen bactériologique du pus, fait par M. le Dr Senn, chef de clinique, a démontré la présence exclusive du gonocoque.

Les cas d'abcès métastatiques à gonocoques, avons nous dit, sont très rares. Dans toute la littérature nous n'en avons trouvé que onze, dont voici le résumé :

1) Cas de Sahli (1887). — Malade atteint de blennorragie depuis environ deux mois et souffrant de douleurs dans le voisinage des deux genoux. Il se forme dans cette région des abcès cutanés gros comme le poing. Sahli les ouvre, il s'en écoule un pus sanguinolent et il est facile d'y constater la présense de nombreux gonocoques caractéristiques et présentant leur disposition habituelle.

2) Cas de Lang et Paltauf (1892). — Quelques jours après le début d'une blennorragie aiguë, se montre, sur la face dorsale du médius, une zone rouge, peu douloureuse aux mouvements, car l'articulation est mani-

Digitized by Google

festement libre, mais très sensible au contact. Au bout d'une huitaine de jours, il se forme un abcès circonscrit, fluctuant, du volume d'une amande. Le foyer est ouvert et gratté ; il contient des masses friables et un pus visqueux dans une cavité assez grande pour admettre l'extrémité du doigt. Dans ces masses se trouvent des gonocoques, soit libres, soit enfermés dans les leucocytes ; leur nature est confirmée par des cultures.

3) Cas de Korvitz (1893). — Chez un malade atteint de blennorragie depuis plus d'un an et dont le pus urétral contient des coccus pyogènes et quelques rares gonocoques, survient, sur le dos du métacarpe gauche, une infiltration inflammatoire sans aucune lésion de l'articulation métacarpo-phalangienne sous jacente. Un abcès se forme vers le quinzième jour ; il est largement ouvert et gratté à la curette tranchante. On ne peut constater aucune communication entre cet abcès et la gaine tendineuse ou l'articulation. Le pus examiné par le prof. Paltauf est visqueux et gluant, riche en flocons blancs et difficile à étaler sur lamelles. Il contient des gonocoques en groupes typiques de six à huit et plus, reconnaissables à leur aspect, leur volume, leur situation et aussi au résultat des cultures.

4) Cas de Bujwid (1895). — Homme de 32 ans atteint d'urétrite chronique à gonocoques. Deux jours après un cathétérisme, il est pris d'un frisson de longue durée qui se reproduit plusieurs fois pendant les dix jours suivants. Bientôt apparaissent quatre abcès : près du coude gauche, dans la fosse poplitée droite, au côté interne de la jambe gauche et sur la malléole externe droite. Ils siégent tous dans les muscles ; les articulations voisines sont indemnes. A l'ouverture, il en sort un pus rouge brun, rare, sans odeur. Au microscope on y trouve des coccus très semblables à ceux de Neisser et les cultures sur agar-sérum donnent au bout de 48 heures des colonies peu abondantes mais nettes de gonocoques typiques sans autres colonies microbiennes.

5) Cas de Kochmann (1895). — Chez un homme de 42 ans, une contusion légère du coude gauche est le point de départ d'un abcès sous-cutané du volume d'un œuf de pigeon que l'on doit ouvrir. Le pus contient des diplocoques très semblables au gonocoque, tandis que les pyogènes ordinaires font défaut. Le malade, il est vrai, nie toute blennorragie actuelle ou dans les années précédentes, mais, le matin, la pression du canal amène une sécrétion minime dans laquelle sont décelés des diplocoques identiques à ceux du pus de l'abcès et qui offrent les réactions colorantes du gonocoque.

6) Cas de Rendu (1897). — Femme atteinte de blenno-rhumatisme infectieux, à terminaison mortelle. Outre des accidents généraux graves et une endopéricardite septique, la malade a présenté, pendant la vie, une périarthrite suppurée du coude absolument indépendante de la join-

Digitized by Google

ture qui était indemne de toute lésion. Le pus de cette périarthrite contenait des gonocoques en tout semblables à ceux qui furent trouvés dans les sécrétions utérines et dans les valvules cardiaques.

7) Cas de Meyer (1898). — Abcès développé chez un homme de 31 ans à la partie interne du coude gauche, dans le tissu cellulaire et non dans une cavité préformée recouverte d'épithélium. L'abcès s'est constitué à la suite d'une arthrite blennorragique, mais le foyer ne communique en aucun point avec l'article. Le pus contient des gonocoques.

8) Cas de Almkvist (1899). — Un garçon de 19 ans, au cours de la quatrième semaine d'une blennorragie, présente d'abord une tuméfaction inflammatoire au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche, plus tard une tuméfaction analogue au niveau de la face externe de la même articulation, du côté droit. Cette tuméfaction donne lieu à la formation d'un abcès qui est ouvert et dont le pus fournit une culture pure de gonocoque. Plus tard, dans la région voisine se forment deux autres abcès également à gonocoques.

9) Cas de Cassel (1903). — Un nouveau-né atteint d'ophtalmie purulente à gonocoques, est pris d'un rhumatisme articulaire et présente ensuite un abcés au dos. Cet abcès est incisé et l'examen bactériologique du pus montre la présence exclusive du gonocoque.

10) Cas de Haskell (1904). — Une femme de 32 ans, leucorrhéique depuis de longues années, entre à l'hôpital avec deux tumeurs développées daus l'espace de quinze jours, l'une dans l'épaisseur du mollet droit, l'autre dans la région sacro-lombaire. L'incision de ces deux tumeurs, qui ont chacune le volume d'un œuf de poule, montre qu'il s'agit d'abcés intra-musculaires. L'examen bactériologique complet du pus, pratiqué par L. Haskell, permet d'y constater la présence exclusive du gonocoque.

11) Cas de Busquet et Bichelonne (1904). — Soldat de 23 ans, qui le 29 mai 1903 fait une marche forcée de 17 kilomètres. Pendant cette marche il ressent une vive douleur dans la partie postérieure du mollet droit, qu'il doit bander avec son mouchoir pour pouvoir continuer sa course ; il ne remarque pas à ce moment de gonflement de la région douloureuse.

Le lendemain et le surlendemain il peut encore effectuer à pied deux étapes; il a eu la précaution au moment de partir, de bander son mollet avec un mouchoir. Le mollet n'est le siège que d'un gonflement modéré.

Le malade peut faire son service jusqu'au début du mois de janvier 1904.

Le 28 décembre, coït suspect. Quelques jours après le patient s'aperçoit qu'il est atteint de blennorragie et le 8 janvier il entre à l'hôpital.

Une semaine après environ, il constate que la douleur au niveau du mollet droit se réveille et avec un degré d'acuité qu'elle n'a jamais pré-

Digitized by Google

senté auparavant. On applique des pansements humides qui amènent un certain soulagement. Les phénomènes douloureux, ainsi que le gonflement persistent cependant. A la palpation la tuméfaction donne la sensation d'un empâtement profond et rénittent.

Diagnostic : Ancien hématome, suppuré sous l'influence de l'intoxication de l'organisme produite par la blennorragie.

Le 11 février, incision en narcose. Le foyer se trouve au-dessous des jumeaux. Il s'écoule 100 grammes environ de sang noir, mélangé de pus épais.

L'examen bactériologique du pus a démontré la présence exclusive du gonocoque de Neisser [1].

Dans tous les cas cités, comme dans le nôtre, il n'y avait localement aucune lésion, aucune porte d'entrée extérieure pour expliquer la présence du gonocoque dans les foyers. Force nous est donc d'admettre que ce microbe y a été transporté par l'organisme, qu'il s'agit dans ces cas d'une métastase.

Mais quelle voie le gonocoque suit-il pour se localiser dans les points les plus différents du corps et les plus éloignés du lieu de l'infection, de l'urètre ? Cette voie ne peut évidemment être que la voie sanguine. Dans tous ces cas il s'agit donc de métastases hématogènes.

Mais si le gonocoque peut envahir la circulation générale et donner lieu à une pyémie ou à une septicémie, ou, comme on dit à une gonohémie, sa présence doit être démontrée non seulement dans les différentes localisations, mais aussi dans le sang lui-même.

Cette hypothèse logique a été pleinement confirmée par des examens bactériologiques du sang des malades atteints de blennorragie grave avec complications. Indiquons le résultat des recherches à ce sujet de Krause et de Unger et les toutes dernières publications de Prochaska qui a constaté la présence du gonocoque dans le sang de cinq malades atteints de blennorragie grave.

Nous pouvons donc dire que le gonocoque peut produire, comme tous les autres microbes pathogènes, une infection pure-

[1] Nous ne citons pas ici le cas d'abcès gonococcique du rein, publié par Bockhart, ni le cas d'abcès multiples dans le myocarde publié par Finger, Ghon et Schlagenhaufer, le premier pouvant s'expliquer par la simple propagation du gonocoque de l'urètre au rein par voie épithéliale : quant au second concernant des abcès multiples du myocarde, le malade qui en avait été atteint présentait en même temps une endo-péricardite purulente, de sorte que ces abcès peuvent également s'expliquer par une propagation locale.

Digitized by Google

ment locale ou s'étendre plus loin par continuité, par contiguité et par la voie lymphatique, ou enfin se généraliser dans tout l'organisme par la voie hématique.

La plus grande fréquence des localisations articulaires du gonocoque doit être attribuée à la même cause, encore inconnue d'ailleurs, que nous voyons agir lors des métastases articulaires au cours des autres pyémies, streptococciques, par exemple. Dans toutes ces pyémies, ce sont également les séreuses qui sont plus fréquemment atteintes que les autres organes et tissus, mais dans la pyémie gonococcique le virus peut, comme dans les autres pyémies, se localiser dans n'importe quel tissu, par exemple, dans le tissu conjonctif, et provoquer de véritables suppurations localisées ou même généralisées.

Constatant la présence du gonocoque dans les abcès cutanés situés près du genou, abcès que nous avons déjà mentionnés plus haut, Sahli croit que ce fait tend à prouver que dans le rhumatisme blennorragique, la transmission ne se fait pas par la voie ordinaire, le sang, et en vertu d'une prédisposition particulière du genou, mais par des voies anatomiques prêtes à l'avance, telles que les canaux lymphatiques. « Cette supposition, dit-il, peut seule expliquer pourquoi ces métastases cutanées peu communes ont pour siège la région du genou ».

Actuellement, le gonocoque ayant été trouvé dans toutes les régions du corps, nous ne pouvons évidemment plus admettre une voie spéciale pour le genou.

Quant au fait que le rhumatisme blennorragique se localise plus fréquemment au genou (dans 136 cas sur 376, d'après Finger), on pourrait l'expliquer peut être par le fait que l'articulation du genou est plus exposée à la fatigue et plus accessible aux insultes extérieures, et devient ainsi plus facilement un *locus minoris resistentiae*. Cette explication pourrait également servir pour toutes les autres localisations de l'infection blennorragique.

Quant aux abcès du tissu conjonctif, qui nous intéressent particulièrement ici, le *locus minoris resistentiae* est tout à fait évident. Dans le cas de Hochmann, la localisation sous-cutanée a été précédée et déterminée par une coutusion légère. Dans le cas de Busquet et Bichelonne, le soldat était déjà atteint au moment de l'infection blennorragique d'un hématome dans le mollet qu'il martyrisait pendant des journées par une marche forcée. Les derniers auteurs cités insistent beaucoup sur ce fait.

Digitized by Google

Dans notre cas, la jeune fille a beaucoup marché la veille et s'était tordue plusieurs fois le pied de sorte que, au début, elle pensait, comme du reste son premier médecin, à une simple entorse.

Nous voyons donc ici le même processus que nous observons dans toutes les autres maladies infectieuses, à savoir la nécessité de deux facteurs pour l'éclosion de la maladie : l'agent pathogène extérieur et la réceptivité de l'organisme ou d'un organe par l'amoindrissement de sa vitalité.

Qu'il nous soit permis, puisque nous nous occupons des complications rares de la blennorragie, d'ajouter quelques mots au sujet d'autres complications également peu fréquentes de cette maladie, dans lesquelles aucun microbe n'a été rencontré et qui ne se rattachent à la blennorragie que par l'étude clinique. Nous voulons parler des complications cutanées et nerveuses.

Les premières, assez rares et observées ordinairement dans les blennorragies graves avec arthropathies et autres complications, peuvent revêtir trois formes : érythème, purpura et kératose (éruptions croûteuses cornées).

Les éruptions érythémateuses, les plus fréquentes, peuvent être rubéoliformes, scarlatiniformes ou polymorphes.

L'attribution de ces « gonorrhéides » à l'infection blennorragique n'est pas toujours facile, d'autant plus que le copahu, comme on le sait, peut également provoquer des érythèmes, mais il existe cependant des éruptions qui ont été constatées dans des cas de blennorragie où le malade n'avait pas absorbé de balsamiques [1].

Il est évident aussi qu'avant d'attribuer telle ou telle lésion cutanée à la blennorragie, il faut bien se pénétrer de l'idée qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence, mais qu'il y a réellement là un rapport de cause à effet.

Quand, comme on l'a observé chez quelques malades, les dermopathies se répètent à chaque poussée aiguë d'écoulement,

[1] Bergeron insiste sur le fait que le copahu employé dans d'autres maladies (bronchites, cystites, iritis syphilitique, etc.) n'a jamais provoqué d'érythème, fait qui plaiderait en faveur de l'origine blennorragique et non pas copahivique de l'érythème. Il tire la même conclusion d'un autre fait constaté par beaucoup d'auteurs, à savoir que l'érythème n'augmente pas sous l'influence des doses croissantes de copahu, mais, au contraire, diminue.

Digitized by Google

l'origine blennorragique de ces lésions peut être mise hors de doute.[1]

Parmi les lésions du système nerveux périphérique citons les névralgies et les polynévrites.

La mieux connue des névralgies a été certainement la sciatique blennorragique déjà magistralement décrite par Fournier en 1869.

Quant aux polynévrites, il existe dans la littérature des observations assez nombreuses dont quelques-unes du moins sont suffisamment authentiques. Evrard a publié dernièrement la relation d'un cas de polynévrite blennorragique avec tous les symptomes cliniques, et dans lequel l'autopsie a décélé les lésions anatomiques correspondantes à cette affection.

Signalons également, comme complication rare et intéressante, la névrite blennorragique du nerf optique.

On a noté enfin plusieurs cas de myopathie à la suite de la blennorragie. Nous ne parlons pas ici de la myopathie consécutive aux lésions articulaires, mais de l'atrophie de certains groupes musculaires, sans qu'il y eût aucun trouble dans les articulations correspondantes.

Quant aux lésions médullaires proprement dites, il en existe aussi quelques exemples rapportés dans la littérature (Gull), mais ces cas sont si obscurs que nous ne voulons que les mentionner. Espérons que des recherches ultérieures, cliniques et bactériologiques, élucideront cette question.

Comment peut-on expliquer ces complications ? Par quel mécanisme se produisent-elles ? Plusieurs hypothèses ont été émises à ce sujet.

D'après la première, toutes ces complications sont dues à un réflexe urétral. D'après la seconde elles n'ont rien à faire avec la blennorragie et ne sont dues qu'à une simple coincidence. La troisième hypothèse incrimine dans ces lésions une infection

[1] Notre travail était déjà terminé quand nous avons trouvé dans les *Therapeutische Monatshefte*, (septembre 1905), un article du Dr Orlipski (Ein Beitrag zur Frage : « Giebt es gonorrhoische Exantheme ? ») Dans cet article l'auteur publie la relation de cinq cas d'exanthème gonorrhéique : deux urticaires, un purpura, un érythème exsudatique multiforme et un érythème scarlatiniforme. Dans deux cas les malades avaient présenté les mêmes lésions cutanées dans le cours d'une blennorragie antérieure. Dans les trois autres, les malades n'avaient jamais été atteints auparavant d'aucun érythème. Seul le traitement anti-blennorragique a pu faire disparaître ces lésions ; tous les autres moyens ont échoué. Le traitement a été purement local (injections), et, pendant toute la durée de l'écoulement, les malades n'ont absorbé aucun remède, de sorte qu'il ne pouvait s'agir ici en aucune façon d'exanthèmes médicamenteux.

Digitized by Google

gonococcique, ou secondaire, ou mixte. D'après la quatrième théorie ce n'est pas le gonocoque lui-même qui provoque ces complications, mais les toxines secrétées par lui. La cinquième enfin incrimine dans toutes ces lésions le système nerveux central ou périphérique.

La théorie réflexe qui a été émise encore au commencement du siècle passé, ne répond évidemment plus à nos connaissances actuelles sur l'infection et l'intoxication. Du reste on lui a déjà objecté qu'avec toutes les irritations mécaniques de l'urèthre on n'arrivait pas à provoquer ces lésions.

Dans la théorie de coïncidence il y a sans doute une part de vérité. En effet on est allé trop loin en attribuant à la blennorragie toutes les maladies observées chez un individu pendant qu'il souffrait d'écoulement, comme si cet individu n'avait pas le droit d'être malade autrement. Mais d'un autre côté, si l'on voit une sciatique, par exemple, survenir chez le même malade à chaque poussée aiguë de gonorrhée, on ne peut évidemment pas parler de simple coïncidence.

La théorie microbienne, juste par elle-même, ne peut cependant pas être appliquée aux complications nerveuses et cutanées. Nous avons parlé plus haut des nombreuses complications de la blennorragie avec présence exclusive du gonocoque. Dans plusieurs cas on a constaté l'existence de ce microbe, associé à d'autres espèces pathogènes (strepto-et staphylocoques). Enfin dans plusieurs complications blennorragiques on n'a constaté que la présence d'autres microbes. Dans ces cas il peut s'agir ou d'une infection secondaire favorisée par la présence dans l'organisme du gonocoque ou d'une infection mixte dans laquelle le gonocoque a succombé de bonne heure. Ce dernier fait a été démontré par plusieurs auteurs. Mais dans les cas de complications cutanées et nerveuses on n'a constaté aucun microbe.

Il reste donc, pour expliquer ces deux sortes de complications, les deux dernières hypothèses : celle de toxines et celle de l'influence du système nerveux.

Les exanthèmes post-sériques sont assez connus. Il nous suffira de mentionner l'exanthème vaccinal qu'on observe si fréquemment dans la clientèle pédiatrique. Wassermann est arrivé par ses expériences à démontrer que le gonocoque possède, comme d'autres microbes, la faculté de sécréter des toxines pouvant produire des lésions, même inflammatoires. Ces toxines pourraient provoquer des exanthèmes divers soit par élimina-

Digitized by Google

tion cutanée, soit en agissant, par l'intermédiaire du système nerveux, sur les nerfs périphériques vaso-dilatateurs.

Les mêmes toxines enfin pourraient déterminer certaines lésions du système nerveux périphérique : névralgies, névrites et amyotrophies. analogues, par exemple, aux paralysies post-diphtériques, attribuées aux toxines du bacille de Löffler.

Pour résumer ce modeste aperçu, nous dirons que la notion de la blennorragie regardée par un grand nombre comme un « petit accident de jeunesse », doit être définitivement biffée.

Sans parler des nombreuses complications locales, parfois très durables et même inguérissables et désastreuses, observées surtout chez la femme, nous avons vu que la blennorragie peut provoquer des complications à distance et générales, quelquefois très graves et même mortelles, et si nous trouvons un peu exagérées l'opinion de Luther : « *Paradox mag es klingen wenn man sagt Syphilis ist heilbar, Tripper ist unheilbar, und doch liegt viel Wahres darin* » et les paroles de Guiard, quand il dit : La blennorragie a pris de nos jours des proportions telles qu'elle peut rivaliser sous le rapport du pronostic avec la plus grande maladie vénérienne (la syphilis), nous pouvons, comme conclusion citer les paroles du prof. C. Roux : « La gonorrhée est très souvent une infection générale capable de marquer son passage très loin de la brèche d'invasion ; ses conséquences sont durables et désastreuses pour l'individu, la famille et la société ».

BIBLIOGRAPHIE

Almkwist. *Arch. für Dermatol. und Syph.*, 1899, p. 163.

Busquet et Bichelonne. Sur un cas d'infection générale à gonocoque avec localisation secondaire. *Rev. de Méd.*, Mai 1904, p. 433.

Félix Bertrand, Essai sur la pleurésie dans la blennorragie. *Thèse de Paris*, 1896.

Louis Bergeron, Des dermopathies blennorragiques. *Thèse de Paris*, 1894.

Beurmann. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 12 Nov. 1897.

Bujwid. *Centralbl. für Bakteriol. und Parasit.*, 1895, p. 435.

Bockhart. *Monatsch. für prakt. Dermatol.*, 1887, n° 19.

Cassel. Verein für Innere Medicin. Sitzung vom 8 juni 1903. *Berl. klin. Woch.*, 1903, n. 28, p. 646.

Dind, Galli-Valerio, Eperon et Rossier avec préface de Roux. La blennorragie et ses complications, Lausanne 1902.

Digitized by Google

DEZANNEAU. Du rhumatisme blennorragique et de son traitemeut, *Thèse de Paris*, 1896.

DUBREUILH. De la péritonite gonococcique chez l'enfant, *Thèse de Paris*, 1904.

P. ESPAGNAC, Etude sur la phlébite blennorragique, *Thèse de Paris*, 1896.

G. EVRARD. Des polynévrites blennorragiques ; *Thèse de Paris*, 1904.

E, FINGER. La blennorragie et ses complications, 1894.

FRUHINSHOLZ. Du rôle du gonocoque au cours de la grossesse et de la puerpéralité. *Ann. de gynécol. et d'obstétr.*, VIII. 1902.

FRUHINSHOLZ. De la blennorragie dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité. *Thèse de Nancy*, 1902.

FURBRINGER. Tödtliche cerebrospinal Meningitis und acute Gonorrhoe. *Deutsche med, Woch.*, 1896, n. 27.

FINGER, GHON und SCHLAGENHAUFER. Ein weiterer Beitrag zur Biologie des Gonokokkus und zur patholog. Anatomie des gonorrhoisch. Processus. *Arch. für Dermat. und Syph.*, XXXIII, 1895.

FOURNIER, Sciatique blennorragique. *Ann. de dermatol.*, 1869, p, 319.

GUIARD. Les complications locales et générales de la blennorragie, Paris, 1898.

GLYNN. On two cases of paralysies, complicating gonorrhed. *Lancet*. 1902, II, p. 860,

L. HOCHE. Trombose utéro-ovarienne infectieuse avec extension à la veine cave inférieure et au cœur droit. *Ann. de gynécol.*, Mai 1902.

G. HORWITZ. Ein Beitrag zur Gonokokkenmetastase. *Wiener klin. Woch.*, 1893, n. 4, p. 59,

HALLÉ. Recherches sur un cas d'infection blennorragique généralisée. *Ann. de gynécol.*, 1898.

HARRIS and DABNEY. Report upon a case of gonorrheal endocarditis in a patient oging in the puerperium. *Bull. of the Johns Hopkins Hospital.*, 1901, vol. XII.

HOCHMANN. *Deutsche med. Woch.* 1895. p. 863,

L. HASKELL and HARRIS. Concerning a case of suppuration myositis caused by micrococcus gonorrhoae. *Bull. of. the Johns Hopkins Hospit.* 1904, p. 395.

P. KRAUSE. Zwei Falle von Gonokokkensepsis mit Nachweis der Gonokokken im Blut bei Lebzeiten der Patienten. *Berl. klin Woch.*, 1904, n. 19.

LANG, Manuel des maladies vénériennes, 1905 (trad. russe).

LANG und PALTAUF. *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1893, p. 330.

LUTHER. Ueber die Gonorrhee beim Weibe. *Samml. klin, Vorträge*. 90-94.

E. LEYDEN. Ueber Endocarditis gonorrhoïca. *Deutsche med. Woch.*, 1893, p. 309.

R. MEYER. *Centralb. f. Chir.*, 1898, p. 20.

PROCHASKA. Ueber die gonorrhoischen Allgmein-Infektionen. *Virch Arch.*, Bd. 164, 1901.

Digitized by Google

PROCHASKA. Bakteriologische Untersuchungen bei gonorrhoischen Allgemeininfektionen. *Arch. für klin. Med.*, Mai 1905. p. 184.

J. PATOIR. De l'infection blennorragique. Accidents généraux et manifestations locales. *Thèse de Lille*, 1892.

RENDU. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 12 Novembre 1897.

Ch. ROCH. Quelques considérations sur les complications de la période initiale de la blennorragie, *Thèse de Nancy*, 1895.

L. RAYNAUD. De la nature infectieuse de la blennorragie. *Rev, de méd.* Mars 1892.

J. ROLLET. Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, le chancre simple et la blennorragie. Paris 1861.

SAHLI. Ueber den Gonococcus Neisser. Medicin-pharmaceutischer Bezirkverein von Bern. *Corresp. Bl. für Schweizer Aerzte*, 15 août 1887, p. 495.

STEINSCHNEIDER. Ueber die Cultur der Gonokokken. *Berl. klin. Woch.*, 1893, n. 30, p. 728.

SOUPLET. La blennorragie, maladie générale, *Thèse de Paris*, 1893.

Sophie TRACHTENBERG. Poliklinische Beobachtungen ueber die weibliche Gonorrhoe. *Thèse de Lausanne*, 1904.

E. UNGER. Gonokokken im Blute bei gonorrhoischer Polyarthritis. *Deutsche med. Woch.*, 1901, n. 51.

Hale WHITE, A clinical lecture on gonorrheal malignant endocarditis. *Lancet*, 1896.

A. WASSERMANN. Ueber gonokken-Cultur und Gonokokken-Gift. *Berl. klin. Woch.*, 1897., n. 32, p. 685.

WERTHEIM. *Arch. fur Gynæk.*, 1892, p. 66.

De l'agrandissement momentané du bassin par l'hébotomie

par le Dr Louis AUBERT

Privat docent à l'Université de Genève.

Une opération nouvelle n'a guère droit de cité au nombre des interventions classiques, lors même que ses débuts soient brillants, avant que la statistique de ses résultats immédiats et éloignés puisse être établie sur un nombre raisonnable d'interventions.

La méfiance et les idées préconçues, causées à coup sûr par les insuccès, et la condamnation par beaucoup d'une opération sœur, ont fait en sorte que la section osseuse du pubis, sœur cadette de la symphyséotomie, n'aie pas fait fortune plus rapidement, et que ce soit seulement après une durée de plus de dix ans écoulés depuis sa création, qu'elle arrive dans le cou-

Digitized by Google

rant de l'année 1905 à pouvoir enregistrer le chiffre de 100 à son actif.

Pendant notre assistance à la *K. Frauenklinik* de l'Université de Tubingue, nous avons eu l'avantage d'assister à quelques hébotomies exécutées par notre maître, le prof. Döderlein, et l'impression qui nous est restée de ces interventions nous a suggéré l'idée d'entreprendre ce travail et de chercher à nous rendre compte, d'après les opinions des accoucheurs qui ont eu l'occasion de pratiquer cette opération, si l'hébotomie parviendrait enfin à faire revivre d'une façon durable l'idée géniale de l'étudiant Sigault : l'agrandissement du bassin pendant l'accouchement ?

L'on sait que l'idée d'agrandir le bassin par une section osseuse en dehors de la symphyse est déjà de date ancienne. Aisken, d'Edimbourg, en 1786, imagina le premier dans ce but une sorte de scie à chaîne ; son exemple fut suivi en Italie par Galbiatti, Negri et Ippolito, mais soit par le fait du manque d'asepsie, soit à cause d'une instrumentation imparfaite, les résultats furent déplorables et cette intervention tomba dans l'oubli.

En 1831 Pitois propose la pubiotomie bilatérale ; quelques années plus tard Champion, de Bar-le-Duc, la préconise à nouveau, et en 1840 Stolz fait à Strasbourg la démonstration sur le cadavre de la pubiotomie au moyen de la scie à chaîne.

Avec l'ère antiseptique la symphyséotomie proprement dite fut ramenée sur la scène obstétricale, sous l'influence des travaux de Farabeuf, de Pinard, de Morisani et de Zweifel; elle s'efforça de prendre pied dans la pratique journalière, mais en vain ; malgré les progrès de la technique, l'asepsie et le drainage de l'espace de Retzius proposé par Zweifel, la mortalité opératoire ne put s'abaisser au-dessous de 10 à 13 % entre des mains même expérimentées, celles de ses défenseurs ; ses résultats furent en outre par trop souvent défectueux au point de vue des fonctions ultérieures du bassin ; la démarche de palmipède à laquelle sont condamnées nombre de symphiséotomisées est bien connue, et l'opération a même été baptisé par certains accoucheurs de l'épithète sarcastique de « pélicotomie ».

D'où proviennent ces échecs ? Gigli, de Florence, a démontré avec raison, en s'appuyant sur les données actuelles de la phatologie chirurgicale, que la symphiséotomie, qui n'est d'après

Digitized by Google

lui non pas une opération obstétricale, mais une intervention chirurgicale ayant un but obstétrical, est une opération incorrecte, en ce sens qu'elle s'attaque à une articulation saine, sans pouvoir garantir l'évolution aseptique de la plaie, vu que les lochies peuvent propager l'infection à la blessure encore fraîche et aux espaces morts causés par l'écartement des pubis dans la cavité de Retzius.

Le symphiséotomiste est donc comparable sur ce point à un chirurgien qui n'hésiterait pas à ouvrir une articulation normale immédiatement voisine d'un foyer infectieux.

La symphyséotomie est en outre une opération difficile dont la technique est relativement compliquée et qui requiert une main exercée; la section médiane et nette de l'article n'est point aisée à faire proprement, sans buter à côté et sans causer des déchirures qui favoriseront l'infection; enfin, l'écartement même des os pubiens produit des hémorragies et des déchirures presque inévitables d'organes importants, tels que le clitoris, l'urètre et la vessie; ces délabrements sont dus aux dispositions anatomiques de la région, et empêchent l'évolution normale des suites de couches; enfin, la consolidation des cartilages sympysaires ne se produirait que rarement selon l'opinion des plus autorisés (Bar).

Sans vouloir prétendre refaire une description complète de la symphyse pubienne, il est nécessaire de rappeler les quelques points importants qui nous intéressent ici. (Fig. 1 et 2).

On sait que la symphyse, rangée par les anatomistes dans la classe des diarthroamphiartroses, possède une petite cavité articulaire variable suivant les sujets et qu'elle est protégée par quatre ligaments principaux : supérieur, inférieur, antérieur et postérieur. Le corps osseux du pubis s'étend en largeur de la symphyse au bord antérieur du trou obturateur, il est large d'environ 3 cm.; d'après Tandler une verticale menée de l'épine du pubis passe en dedans du trou obturateur. Sur le bord inférieur de la branche montante se trouve inséré le corps caverneux du clitoris sur une longueur de 3 cm. environ.

Sur la face antérieure du pubis l'on rencontre les insertions des muscles : long adducteur, court adducteur et droit interne; son bord supérieur donne attache en dedans de l'épine au pyramidal et au droit antérieur de l'abdomen; l'os lui-même est

Digitized by Google

recouvert d'une périoste qui a la particularité de se laisser beaucoup plus facilement décoller sur la face postérieure ou pelvienne que sur la face antérieure; ce périoste, plus épais au niveau des insertions ligamenteuses, est irrigué par un réseau assez riche de vaisseaux artériels provenant de rameaux émis

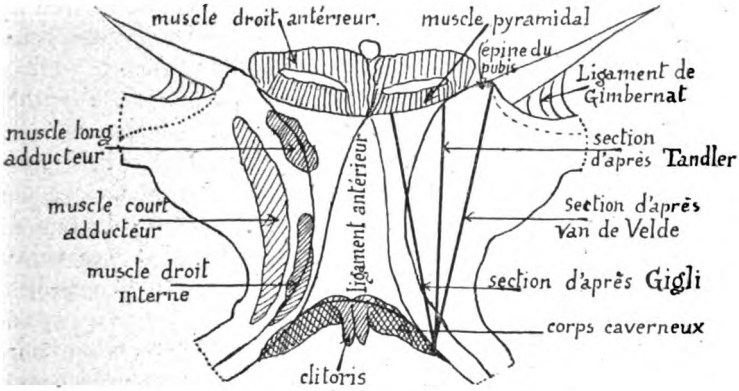


Fig. 1.

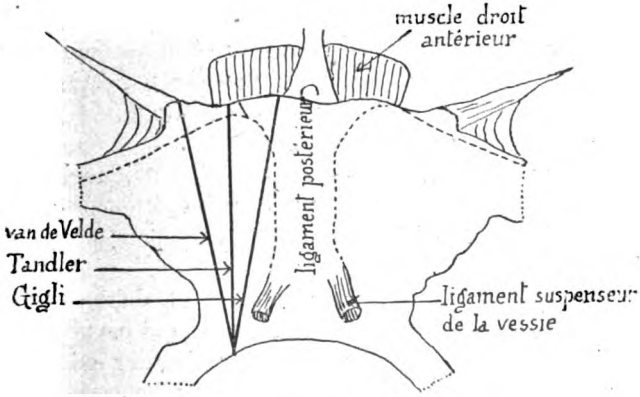


Fig. 2.

Digitized by Google

par l'obturatrice et l'épigastrique, il existe de nombreuses anastomoses entre les deux côtés. Point important encore : à la face postérieure de chaque pubis s'insèrent près de la ligne médiane les deux ligaments suspenseurs de la vessie.

A Gigli revient l'honneur d'avoir démontré le premier la possibilité d'appliquer la proposition de Sigault en se conformant et en l'adaptant aux lois qui découlent des connaissances chirurgicales actuelles; pour réaliser cette possibilité il fallait : 1° substituer à la plaie articulaire une plaie osseuse d'une guéson plus franche et moins sujette aux complications ; 2° faire en sorte que, lors de l'ouverture du bassin, le clitoris, l'urètre et surtout la vessie soient refoulés d'un seul et même côté et ainsi mis à l'abri des tractions et des déchirures. Gigli émit donc les propositions suivantes : scier le pubis en dehors de l'articulation; la section doit porter en dehors des ligaments suspenseurs de la vessie et des branches du clitoris; nous ajouterons encore : la plaie doit être dans la mesure du possible protégée du contact des lochies.

En imaginant la scie filiforme qui porte son nom, Gigli facilita grandement la mise en pratique des principes qu'il avait émis, mais lui-même n'eut pas le privilège d'inaugurer la pubiotomie sur le vivant, ce fut Bonardi, de Lugano, qui le 7 mai 1897 opéra le premier une parturiente dans un chalet de la montagne, et sa tentative fut couronnée d'un heureux succès. Dès lors les opérations se multiplièrent, modestement d'abord, en Italie, puis en Hollande, en Allemagne et en Autriche ; en France, de Bovis et Bar opérèrent quelques cas; enfin dans le courant de ces trois dernières années les résultats obtenus dans les cliniques allemandes, publiés et appréciés par de nombreux auteurs, permettent actuellement de porter un jugement mieux appuyé sur la valeur de l'opération de Gigli.

En franchissant la frontière italienne la technique de l'intervention s'est modifiée et améliorée par l'expérience. Actuellement trois lignes d'incision sont en présence pour pratiquer la section du pubis :

1° Celle de Gigli qui se porte en bas et en dehors; 2° celle préconisée par van de Velde en Hollande qui part de l'épine du pubis et enfin 3° celle proposée par Tandler qui traverse verticalement l'os (fig. 1 et 2), mais la plus heureuse innovation est sans contredit celle de notre maître, le prof. Döder-

Digitized by Google

lein, qui consiste à transformer la plaie ouverte des opérateurs précédents en une section osseuse sous-cutanée, et en outre de rendre cette section facultative dans certains cas. L'exemple du prof. Döderlein a été suivi depuis sa publication dans les *Archiv. für Gynaekologie*, Bd. LXXII, par presque tous les accoucheurs, et, c'est sa technique qui est en passe de devenir classique que nous allons décrire en premier.

L'opération étant décidée d'après les indications que nous verrons dans la suite, la parturiente est endormie et placée en position obstétricale. Une incision transversale de 3 à 4 cm. est faite au niveau de l'épine du pubis, intéressant les parties molles jusqu'à l'os ; l'index de la main gauche est enfoncé dans la plaie immédiatement derrière le pubis, il refoule et protège en dedans la vessie que l'on a eu soin d'évacuer par le cathéter. On enfonce alors verticalement sur l'index pris comme conducteur, une aiguille recourbée de la forme de celle de Deschamps

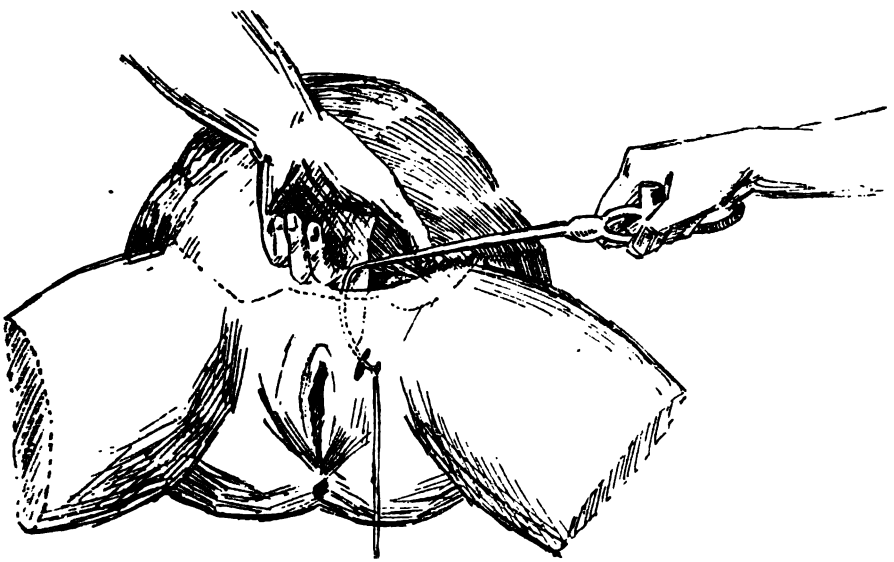


Fig. 3.

(fig. 3) en rasant l'os de près, et on la fait pointer sous la peau au-dessous de la branche montante du pubis un peu en dehors

Digitized by Google

de la grande lèvre ; une incision minime permet à l'extrémité de l'aiguille de sortir aux fins de charger la scie filiforme (fig. 4), puis l'aiguille est retirée suivie de la scie ; à cette dernière sont alors adaptées les deux poignées *ad hoc* (fig. 5).

La scie en place est prête à fonctionner ; on fixe autour du bassin un gros tube de caoutchouc stérilisé que l'on noue à l'aide d'une forte pince à forcipressure. C'est alors qui se posent les deux alternatives suivantes :

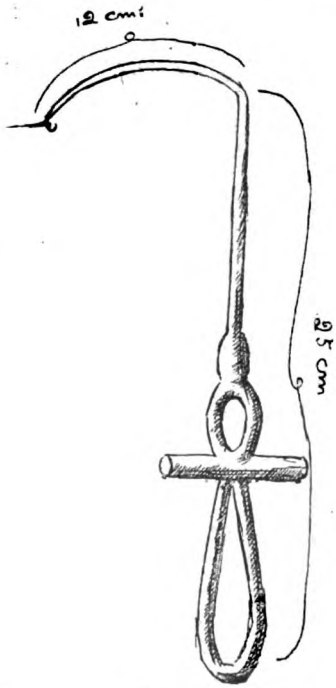


Fig. 4.

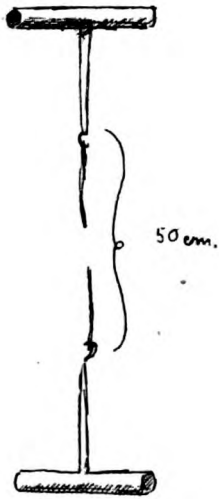


Fig. 5.

La première consiste à effectuer la section immédiate de l'os et de procéder à l'extraction par le forceps ou la version suivie d'extraction manuelle, selon la présentation de l'enfant. C'est cette manière d'agir qu'ont adoptée jusqu'à l'heure actuelle la plupart des opérateurs.

La seconde est réservée à certains cas dans lesquels il paraît possible que la version prophylactique soit peut être suffisante pour permettre la délivrance de la tête fœtale et ceci surtout

Digitized by Google

lorsque la parturiente est une multipare et a déjà accouché spontanément; on confie alors les poignées de la scie à un assistant et l'on pratique la dite version suivie d'une tentative d'extraction; si cette dernière échoue, la tête refusant de s'engager, l'assistant procède immédiatement au sciage, l'os est sectionné en dix à quinze mouvements de va et vient, et le bassin maintenu par le lien de caoutchouc ne s'entrouve que juste ce qu'il faut pour laisser passer la tête et terminer l'extraction. La section ne s'est-elle point montrée nécessaire, la scie prophylactique appliquée est retirée par la plaie supérieure.

On procède alors à la réunion immédiate et généralement sans drainage de la plaie supérieure, et l'on place quelques points de suture sur la petite plaie inférieure; le pansement effectué le bassin est entouré de larges bandes de sparadrap, destinées à ramener les fragments osseux en contact et l'opérée est confinée au décubitus dorsal pour une période de vingt jours environ.

Toute l'intervention peut se résumer en cinq temps : 1° mise en place de la scie, 2° version, 3° sciage, 4° extraction, 5° réunion des plaies et pansement.

Voici comme illustration le résumé de l'observation du cinquième cas opéré par notre maître, le prof. Döderlein, le 1er mai 1904 :

M. K., 40 ans, 8e pare, grandeur 1 m 48, grossesse à terme; présentation transversale dorso-antérieure, tête à gauche, enfant vivant de moyenne grosseur, bassin généralement rétréci, 3e degré. Distance entre Spinae iliacae 28. Cristae Fl. 29. Trochanter 31. Cong. ext. 17. Cong. diag. 9,4. Cong. vrai 7. 4.

1° Accouchement, perforation. 2° Accouchement prématuré, enfant mort. 3° Accouchement spontané, enfant mort. 4° Accouchement prématuré, enfant mort. 5° Avortement. 6° Accouchement prématuré, enfant vivant. 7° Accouchement, perforation.

La femme avait donc obtenu un seul enfant vivant par l'accouchement prématuré.

Elle entre parturiente à la clinique. Hébotomie sous-cutanée. Version, extraction d'un enfant de 2900 gr., de 49,5 cm. de long.

Guérison sans incidents.

Lors des premières opérations, l'on a eu presque constamment recours à l'extraction au forceps; parfois on a attendu l'expulsion spontanée. De Bovis, par exemple, n'a eu chez sa première opérée, une fois le pubis sectionné, qu'à recueillir

Digitized by Google

l'enfant, dont la tête s'engagea immédiatement et qui fut expulsé presque aussitôt ; il est vrai qu'il ne pesait que 2700 gr. ; d'autres, après avoir vu la tête passer spontanément le détroit supérieur, ont terminé par l'extraction instrumentale.

Notre maître, le prof. Döderlein, après avoir employé le forceps dans ses premières interventions l'a abandonné dans la majorité des cas et, comme nous l'avons vu, il donne la préférence à la version suivie de l'extraction manuelle toutes les fois qu'elle n'est point contre-indiquée ; cette façon de procéder lui procure deux avantages qui ne sont point négligeables ; le premier est donc de rendre la section osseuse facultative, nous venons d'en parler et nous n'y reviendrons pas ; le second est dû à ce que la délivrance manuelle de la tête expose beaucoup moins l'enfant aux hématomes sous-duremériens, parfois mortels et qui peuvent se produire au cours d'une extraction difficile par le forceps de Tarnier ou d'un autre modèle.

Quant à la question de savoir s'il vaut mieux terminer l'accouchement artificiellement ou attendre l'engagement et l'expulsion par les forces naturelles, on entreverra sans peine ce qu'il y aurait de cruel et de dangereux à laisser une femme se réveiller et se mettre à presser pendant un temps plus ou moins long le bassin fracturé et entr'ouvert.

La technique proposée primitivement par Gigli varie sur plusieurs points ; elle est à ciel ouvert et sa ligne d'incision est dirigée de haut en bas et de dedans en dehors ; Gigli dirige son conducteur de haut en bas sous la conduite de deux doigts placés dans le vagin.

Van de Velde, de Harlem, qui fut un des premiers promoteurs de l'opération et qui l'a baptisée hébotomie de ἡβη pubis et τομη coupe, emploie aussi la technique à ciel ouvert : il passe l'aiguille conductrice du bas en haut, fait la section et protège la plaie avec des compresses pendant la manœuvre d'extraction ; d'après son expérience l'opération est simple, facile et rapide, il ne s'écoule guère plus de trois minutes entre l'incision des téguments et la terminaison de la section osseuse.

Le passage de l'aiguille de bas en haut a, selon son défenseur, l'avantage qu'il n'est pas nécessaire de mettre le doigt dans la plaie et qu'on évite mieux le corps caverneux. La ligne de section osseuse de van de Velde commence au niveau de l'épine du pubis immédiatement en dedans du ligament de Poupart ;

Digitized by Google

elle se trouve donc reportée passablement plus en dehors que celle de Gigli ; c'est elle aussi que notre maître Döderlein a employée habituellement, quoique il n'y attache pas une extrême importance.

Walcher a modifié la tecnique sous-cutanée en ce sens qu'il ne fait aucune incision préalable de la peau ; il enfonce directement son aiguille conductrice de bas en haut et la fait ressortir au bord supérieur de l'os, pour charger la scie ; cette pratique entièrement sous-cutanée se rapprocherait sans doute le plus de l'idéal, si elle en offrait toutes les garanties, mais faute de directeur il serait à craindre que l'aiguille, si elle dévie du droit chemin, ne vienne à blesser la vessie ou même l'urètre.

Reifferscheid a opéré quatre cas au moyen d'un trocart recourbé dans lequel il passe la scie avant de la retirer.

Seeligmann se sert d'une sonde cannelée construite *ad hoc*, il fixe la scie dans la rainure, et glisse le tout derrière le pubis.

Enfin, Tandler soumet aux accoucheurs une technique qu'il fonde sur les données anatomiques ; il propose une incision inférieure le long de la branche montante du pubis et après préparation, la section du corps caverneux et de son artère entre deux ligatures ; ce temps exécuté, on décolle le périoste de bas en haut sur la face postérieure de l'os aux fins de passer au-dessous et verticalement le conducteur.

Cette conservation du périoste nous paraît de fort peu d'importance, vu qu'il est forcément déchiré lors de la diastase ultérieure ; l'avantage qu'il y aurait en agissant ainsi serait d'éviter la vessie, mais, en employant la méthode de conduite sous le doigt que nous avons décrite, on se met tout autant à l'abri des blessures du réservoire urinaire et en même temps la plaie principale étant supérieure se trouve plus éloignée du canal génital et par conséquent soumise à de moindres risques d'infection. La technique de Tandler a été en outre jugée trop compliquée par le prof. Schauta pour être appliquée dans la pratique journalière ; le passage de bas en haut du conducteur expose aux plaies de la vessie ; Reeb, par exemple, a rapporté un cas dans lequel faute d'avoir guidé l'aiguille avec le doigt il survint une plaie de la vessie et une fistule, qui heureusement se guérit spontanément dans la suite.

En feuilletant les observations publiées par les différents opérateurs, nous avons pu constater que les suites opératoires ont

Digitized by Google

été remarquablement bonnes, tout au moins dans la grande majorité des cas ; la convalescence a revêtu presque toujours la marche des suites de couches normales, et si parfois quelques élévations de température se sont montrées, la cause peut en être imputée à ce que généralement la parturiente était en travail depuis un nombre d'heures dépassant souvent de beaucoup la normale, qu'elle avait été examinée à maintes reprises par des personnes dont l'asepsie était sujette à caution, enfin que la poche des eaux était déjà rompue depuis un temps plus ou moins long. Ces élévations de température, en grande majorité donc d'origine utérine, ne se sont terminées fatalement que deux fois. Busse a perdu une malade chez laquelle l'autopsie démontra l'existence d'une trombose doubles des veines utéro-ovariennes remontant jusqu'à l'artère renale et Hohlweg cite le cas d'une femme qui succomba à la clinique de Kiel par infection puerpuérale; la plaie osseuse fut trouvée lors de la vérification anatomique non infectée et en voie de guérison.

La cicatrisation osseuse s'est toujours effectuée sans difficultés, donnant naissance à un cal parfois assez volumineux, mais assurant un bassin parfaitement consolidé; les opérées jouirent ultérieurement d'une démarche normale et celles qui dans leur vie journalière devaient se livrer à un labeur pénible ont récupéré toutes leur capacité de travail.

La formation du cal est rapide ; van de Velde et Döderlein laissent leurs opérées se lever dès le vingtième jour ; le cal d'abord gros et très appréciable, diminue graduellement dans la suite, ainsi que le démontre Wertheim Salomonson par la radiographie, au point de devenir à peine perceptible ; le pubis reprend sa forme primitive lisse et plate.

Les complications directes les plus fréquentes de la nouvelle opération sont des hémorragies dues à la vascularité relativement considérable de la région où l'on opère ; nous savons que le pubis est richement irrigué ; en outre, pour peu que le corps caverneux du clitoris soit fortement développé, et qu'il dépasse la ligne de section, il est presque certain d'être déchiré ; s'il est ménagé par la scie il ne le sera pas lors de la diastase pelvienne, et les pertes sanguines, surtout celles d'origine veineuse au niveau inférieur de la plaie observées par les prof. Zweifel, Leopold et d'autres sont là pour le confirmer ; elles ont, il est vrai, été toujours aisément maitrisées par le tamponnement ou

Digitized by Google

par l'application de quelques points de suture profonds, lorsque l'on a opéré par la voie sous-cutanée ; la majorité des auteurs, chirurgiens exercés, ne s'en sont pas préoccupés outre mesure, mais il faut convenir qu'il y a là un désavantage qui pourra effrayer quelque peu beaucoup de praticiens.

Si elle ne donne pas lieu à une hémorragie extérieure, la voie sous-cutanée facilite par contre la formation d'hématomes. Reifferscheid et surtout Sellheim en ont fait ressortir les désagréments; l'origine de ces hématomes est naturellement la même que celle des hémorragies. Tandler pense que dans la plupart des cas ils sont causés surtout par la déchirure du corps caverneux, l'hémorragie osseuse ne jouerait qu'un rôle secondaire. Son opinion est confirmée d'ailleurs par la technique qu'il propose.

Ces collections sanguines, atteignent en moyenne le volume d'un œuf d'oie, mais elles peuvent être plus considérables; Sellheim a observé un hématome qui s'étendit jusqu'à la face antérieure de la cuisse ; vingt jours après l'intervention il survint encore une phlébite de la fémorale; peut-être y eut-il un rapport de cause à effet entre ces deux complications. Toujours est-il que ces hématomes se sont heureusement résorbés dans la suite grâce aux soins aseptiques.

Notre maître, le prof. Döderlein, a eu jusqu'à actuellement facilement raison de l'hémorragie qui se produisait au niveau de la petite plaie inférieure par quelques points profonds au catgut; il prévient ainsi de même la formation de ces hématomes sans recourir au drainage, à l'encontre des partisans de la section à ciel ouvert qui placent souvent un drain ou une méche de gaz à l'extrémité inférieure de l'incision.

Lors de l'extraction de la tête fœtale, particulièrement lorsqu'ils ont eu à faire à des gros enfants et à des primipares, quelques accoucheurs ont vu survenir des déchirures du vagin, variables en étendue, mais se trouvant presque toujours du côté opéré et communiquant malheureusement dans certains cas avec la plaie osseuse. Il est évident que la trop brusque séparation des surfaces de section et le trop fort écartement qui peut se produire lors du passage d'une tête volumineuse, peut amener une lacération des parties molles ; un second facteur auquel Tandler ajoute une grande importance est dû aux déchirures possibles des muscles du périnée; le trait de scie passant à peu près entre le transverse profond du périnée et le

Digitized by Google

muscle de Wilson, muscles qui s'insèrent tous deux sur la branche montante du pubis et sont engainés dans l'aponévrose périnéale moyenne; le transverse profond serait d'après l'anatomiste viennois exposé à des tractions susceptibles de rompre ses fibres; la conséquence naturelle de ces lésions est de priver le canal vaginal d'un de ses moyens de support important; toutefois les faits cliniques n'ont pas prouvé le fondé de cette opinion, l'imbibition et le ramollissement causés par le fait de la grossesse augmentant dans une large mesure l'élasticité de l'aponévrose périnéale moyenne et des muscles, permettent certainement un allongement de leurs fibres sans production de traumatismes.

Le releveur de l'anus, puisque nous en sommes à parler des muscles du plancher pelvien, est lors de la section divisé en deux portions, une bande interne étroite, unie au corps du pubis et le reste du muscle qui en s'écartant latéralement laisse une fente antéro-postérieure entre les deux faisceaux ; celle-ci se produisant ici dans le sens des fibres musculaires, ne risque guère de causer de dommage.

Les déchirures du canal vaginal communiquant avec la plaie opératoire que nous venons de signaler, se présentent cependant beaucoup moins fréquemment que dans la symphyséotomie, grâce à l'épaisseur plus grande des parties molles qui séparent l'incision du conduit vaginal ; reconnues et suturées à temps, ces déchirures ont souvent guéri *per primam* et n'ont pas retardé la consolidation osseuse. L'application du tube élastique diminuera encore sans doute leur fréquence à l'avenir; on conçoit aisément que cette sorte de ligature préventive empêche l'anneau pelvien de s'entr'ouvrir trop brusquement et en dehors des limites nécessaires; de même par la méthode sous-cutanée, la conservation d'un pont charnu agit encore dans le même sens.

Il est du plus grand intérêt de se rendre compte dans quelle mesure les diamètres du bassin sont susceptibles de s'agrandir pour laisser passer une tête, à laquelle le détroit supérieur refusait l'entrée? Le fait de la section extramédiane produit-il une différence notable avec ce qui se passe dans la symphyséotomie? Ces questions ont été étudiées par Rosenfeld et par Tandler; le premier a fait part des résultats de ses recherches cette année au congrès de Kiel et à la Société d'obstétrique

Digitized by Google

viennoise ; ce sont ses conclusions que nous résumerons rapidement.

La différence entre les écartements produits par la pubiotomie et la symphyséotomie ne peut être considérable, toutes choses étant égales, les lignes de section étant seulement séparées de 1,5 cm. environ.

L'agrandissement du bassin varie suivant que l'on a à faire à un bassin plat, généralement rétréci ou transversalement rétréci.

Dans les bassins plats en même temps que le conjugué obstétrical, les deux diamètres obliques s'agrandissent d'une façon égale; dans les bassins généralement ou transversalement rétrécis le diamètre oblique du côté opposé à la pubiotomie augmente plus que celui du même côté ; il en résulte que le côté pubiotomisé devient plus spacieux antéro-postérieurement que le côté opposé ; en outre dans les bassins plats l'agrandissement total est un peu moins considérable que dans les bassins généralement rétrécis, les conjugués vrais étant égaux. La diastase se produit au même degré au niveau des articulations sacro-iliaques dans les bassins plats, tandis que dans les autres catégories elle se fait surtout au dépens de l'articulation sacro-iliaque du côté sectionné, et par ce fait le ligament antérieur de l'articulation est plus exposé aux déchirures.

Tandler est à peu près du même avis ; il croit cependant d'après ses recherches anatomiques que l'écartement articulaire s'effectue dans la règle du côté hébotomisé et qu'il existe une différence nette avec la symphyséotomie en ce sens que l'agrandissement pelvien se fait d'une façon asymétrique.

Ces deux auteurs, se fondant sur leurs constatations, arrivent à poser une règle utile à l'accoucheur : qu'il est logique de scier le pubis du côté où le diamètre bipariétal de la tête fœtale doit passer, règle que van de Velde et Döderlein avaient déjà pressentie et appliquée dans leurs opérations antérieures.

La diastase qui se produit entre les extrémités osseuses au moment du passage de la tête, varie en proportion des dimensions de celle-ci et de celles du bassin ; cette diastase a oscillé de 2 cc. à 5 cc. (Reifferscheid, de Bovis, Döderlein) sans causer de fâcheuses conséquences ; d'après Tandler et von Franké, on ajoute à peu près 2 mm. au conjugué pour 1 cm. d'écartement ; cela est assurément peu, mais, comme nous venons de le voir, les autres diamètres augmentent aussi de leur côté et ceci d'environ 15 à 18 mm. pour 4 cm. d'écartement.

Digitized by Google

Cette augmentation du bassin dans ses diamètres obliques et transversaux est certainement d'une importance tout aussi grande que celle du conjugué; le détroit supérieur de symétrique devenant asymétrique, il est fort probable que le mécanisme d'engagement change aussi et s'adaptant aux conditions nouvelles, utilise aussi bien l'agrandissement transversal et oblique que l'antéro-postérieur; le fait que la tête s'engage dans la règle très facilement la section terminée est en faveur de cette hypothèse.

La principale objection que Zweifel et Frank font à l'hébotomie est que celle-ci ne laisserait point après elle un agrandissement permanent du bassin tel qu'on le constate chez les symphyséotomisées qui dans la suite peuvent accoucher presque toutes spontanément. Cette objection ne s'est pas trouvée tout à fait fondée; en effet van de Velde a pu chez une de ses premières hébotomisées extraire l'enfant suivant par une simple version; le pubis était cependant parfaitement consolidé et ne présentait qu'un petit cal peu apparent; le même opérateur constata de même dans la suite que les bassins de ses opérées demeuraient légèrement asymétriques et que la distance iléopubienne du côté opéré était augmentée de 10 à 15 mm.; ajoutons que van de Velde obtient cette augmentation en se dispensant de maintenir durant la convalescence un appareil contentif serré; il considère comme suffisant de placer un sac de sable de chaque côté du bassin, afin de soutenir les os iliaques; la diastase entre les extrémités osseuses est aisément remplie par un cal osseux solide; les muscles qui s'insèrent à angle droit sur le pubis n'ayant aucune tendance à s'interposer entre les fragments, ceux-ci restent dans les mêmes plans et la prolifération osseuse ne rencontre aucun obstacle, comme le témoigne l'observation qui va suivre et que nous empruntons à van de Velde :

3° pare. Premier enfant extrait vivant par un forceps au détroit supérieur, le deuxième extrait de même, mort.

Bassin plat, rachitique. Conjugué diagonal 9.5 cc. Grossesse gémellaire. Le premier enfant se présente par le siège. Orifice utérin dilaté, poche des eaux rompue artificiellement. Hébotomie à droite, hémorragie minime 40 gr. environ. Extraction facile du premier enfant vivant, long 0,50 cm., poids 3100 gr. Le second enfant, plus petit, est extrait aisément.

Guérison normale.

Digitized by Google

Après la consolidation, le bassin est légèrement asymétrique. La distance iléopubienne gauche mesure 14 cm., la droite 15,5 cm.; le diamètre transversal entre les deux tubérosités ischiatiques est de 11 cm. au lieu de 10 cm.

Le nombre des cas d'hébotomie que nous avons pu rassembler au moment où nous terminons ce travail (15 décembre 1905) et aux fins d'établir une statistique, s'élève à un total de 118.

Gigli, lors de sa communication à la Société d'obstétrique de Vienne, le 16 mai 1904, avait déjà réuni 88 cas; les 30 autres que nous avons recueillis ont tous été exécutés en Allemagne et en Autriche.

Ces 118 cas, se répartissent d'après l'ordre alphabétique de leurs auteurs, comme suit :

1 Bar (Paris), 1 Barsotti (Lucques), 3 Baumm, 1 Berry Hart (Edimbourg), 1 Bonardi (Lugano), 1 Busse (Jena) 1 Calderini (Bologne), 4 Canton (Buenos-Ayres), 1 Carrara (Brescia), 2 de Bovis (Reims), 15 Döderlein (Tubingue), 1 Ferroni-Mangiagalli (Milan), 1 Fleischmann (Vienne), 4 Fehling-Reeb (Strasbourg), 1 Frank, 1 Gelli (Florence), 1 Gigli (Florence), 1 Hofmeier (Wurtzbourg), 4 Hohlweg (Kiel), 2 Kuttner (St-Pétersbourg), 5 Landerini (Bergame), 11 Leopold (Dresde), 1 Meyer (Copenhague), 1 Menier (Amsterdam), 4 Morisani (Naples), 5 Pestalozza (Florence), 1 Porack (Paris), 4 Reifferscheid (Bonn), 1 Rosti (Florence), 1 Saladino (Sienne), 1 Scarlini (Sienne), 4 Schauta (Vienne), 1 Seeligmann (Hambourg), 3 Sellheim (Fribourg), 2 Tauffer (Budapest), 4 Toporski (Posen), 1 Uconei (Padoue), 5 van de Velde (Haarlem), 7 von Franké (Prague), 3 Walcher (Stuttgart), 2 Zweifel (Leipzig).

On voit que c'est surtout l'école allemande et l'école italienne, berceau de l'opération, qui fournissent jusqu'à actuellement le plus gros contingent; l'Allemagne marche en tête avec 62 interventions, suivie de l'Italie avec 24, de l'Autriche-Hongrie avec 14, de la Hollande avec 6; puis viennent la France et la République Argentine avec 4; enfin la Suisse, l'Angleterre et le Danemark avec 1.

Au nombre de ces 118 cas, nous savons que 6 se sont terminés fatalement pour la mère, mais sur ce nombre il n'y en a guère que 3 dans lesquels la mort puisse être attribuée à l'opération elle-même; ce sont ceux de deux opérées de Baumm, qui succombèrent, selon les peu explicites explications de l'auteur, à

Digitized by Google

des accidents infectieux, et celui de la malade de Busse qui fut emportée par une thrombophlébite et que nous avons déjà cité.

Quant aux trois autres cas restant, ils se répartissent ainsi : un cas de mort par chloroforme (Berry Hart), celui d'une femme morte d'une fièvre typhoïde qui débuta 21 jours après l'accouchement, alors que le bassin était déjà cicatrisé (Saladino) et le cas de Hohlweg dans lequel l'opérée succomba à une infection puerpuérale d'origine exclusivement utérine.

La mortalité maternelle, globale de l'intervention est donc jusqu'à nouveau changement de 5,12 °/₀, et si nous éliminons les trois derniers cas, de 2,56 °/₀.

Trois enfants auraient aussi succombé dans le cours ou à la suite de l'intervention, ce qui égalise ainsi les deux mortalités infantiles et maternelles.

Quelles sont les indications de l'hébotomie, dans quelles conditions, dans quels milieux est-il permis de la tenter pour sauver un enfant menacé ou même voué à une mort certaine, quelles en sont les limites, jusqu'à quel degré de bassin rétréci peut-elle être efficace et permet-elle l'extraction sans dangers, enfin quelle est la place qu'elle est appelée à occuper dans la pratique obstétricale vis-à-vis de l'embryotomie, de l'opération césarienne et de l'accouchement prématuré ?

L'opération étant encore à sa période d'étude, n'a point encore pu être définitivement jugée par telle ou telle école et les opinions émises sur elles par ceux qui ont eu l'occasion de l'exécuter un certain nombre de fois, ne peuvent, de l'avis des auteurs eux-mêmes, n'être que des appréciations, appréciations qui fondées sur un nombre de cas personnels trop minimes, pourront être encore modifiées à l'avenir. Toutefois il faut reconnaître en sa faveur que des obstétriciens dont le mérite est universellement reconnu, des maîtres tels que Schauta, von Franké, Döderlein, Leopold, Morisani sont enclins à lui prédire un bel avenir dans l'obstétrique de demain.

On sait que la symphyséotomie est indiquée par l'école de Paris (Pinard) et celle de Leipzig (Zweifel) dans les cas de bassins rétrécis du premier et du second degré, soit jusqu'à 7 cm. de conjugué, et comme limites extrêmes pour l'école française dans un petit nombre de cas appartenant au troisième degré et ayant un conjugué vrai minimum d'au moins 6,75 cm.

Voyons un peu ce qui s'est passé sur ce point pour l'hébotomie. Reeb, de Strasbourg, et Reifferscheid, de Bonn, rappor-

Digitized by Google

tent chacun un cas, dans lesquels le conjugué vrai n'atteignait que 6,75 cm. La malade de Reeb avait déjà une opération césarienne dans ses antécédents. Reifferscheid estime la limite extrême à 6,5 cm. Fleischmann a même opéré, avec succès, une malade qui avait un bassin plat et généralement rétréci d'origine rachitique dont le conjugué vrai ne comptait que 4,75 cm. environ ! il observa un écartement de 3 cm.; il paraît vraisemblable que l'enfant devait être fort petit; néanmoins il le sauva et dix-neuf jours après le bassin était de nouveau solide et la guérison parfaite.

Les cas rapportés par van de Velde oscillaient entre 7,5 cm. et 8,5 cm.; enfin, von Franké estime que l'hébotomie est indiquée et doit remplacer l'opération césarienne pour les bassins du premier et du second degré, c'est-à-dire jusqu'à 7 cm. de conjugué vrai.

Nous sommes donc à même de constater que les pubiotomistes sont déjà descendus aussi bas et même plus bas que les symphyséotomistes; toutefois, si nous nous fondons sur la grande majorité des observations et si nous tenons compte du volume et des dimensions moyennes de la tête fœtale, il semble raisonnable de devoir se rallier aux opinions de von Franké et de notre maître, le prof. Döderlein, et d'établir comme limite le chiffre de 7 cm. pour le conjugué vrai; les cas qui auraient un conjugué inférieur devront être regardés comme exceptionnels, et l'opération ne sera indiquée que si l'enfant est au-dessous de la moyenne, lorsqu'il s'agit d'un accouchement prématuré, par exemple.

Jusqu'à quel moment au cours d'un accouchement faut-il attendre avant de se résoudre à pubitomiser? En nous appuyant sur les conclusions auxquelles est arrivé Baisch dans son travail statistique sur la mortalité infantile et maternelle dans les bassins rétrécis, travail rapporté au dernier congrès des médecins et naturalistes allemands, nous pensons que c'est dans la règle à l'expectation armée qu'il faut s'adresser : attendre et tenter d'abord les manœuvres externes comme l'expression de la tête d'après Hofmeier, en plaçant la parturiente en position de Walcher, les jambes pendantes, et ne pas essayer avant la pubiotomie le forceps au détroit supérieur ou la version prophylactique qui ont été maintes fois la cause de mort de nombreux enfants, qui auraient pu être expulsés spontanément si l'on avait su patienter encore.

Digitized by Google

Comme il est préférable d'opérer et de délivrer en un temps, il va de soi que pour éviter les dangers de déchirures du côté maternel, on attendra que l'orifice utérin soit dilaté ou bien dilatable; il sera nécessaire de recourir au ballon, ou à un autre mode de dilatation, si la poche des eaux s'est rompue prématurément, accident qui, comme on le sait, se produit facilement dans les bassins plats; cette rupture prématurée des membranes est, lorsqu'elle arrive, un contretemps fâcheux en empêchant souvent la version devenue par ce fait trop difficile ou trop dangereuse, et en obligeant l'opérateur à se rabattre sur le forceps au détroit supérieur, lorsque l'engagement ne se fait pas spontanément aussitôt après la section osseuse.

On devra donc se guider, soit sur l'état de la mère, soit sur celui de l'enfant qui dans certains cas pourront commander une intervention aussi rapide que possible : ralentissement des bruits du cœur fœtal, distension du segment inférieur avec ascension de l'anneau de contraction et menace de rupture utérine, état fébrile avec fétidité du liquide amniotique restant; cette dernière complication ne contre-indique pas l'opération, vu la possibilité de protéger la plaie du contact des lochies; von Franké a opéré une parturiente qui présentait une élévation de température de 39,1; la fièvre baissa immédiatement après la délivrance. Van de Velde en semblables circonstances, et le col n'étant pas suffisamment dilaté, a eu deux fois recours à la dilatation d'après Bonnaire. Voici le résumé de sa première observation qui est des plus instructives :

Femme de 28 ans, 2e pare.

Lors du premier accouchement l'enfant fut sacrifié.

Bassin plat rachitique. Conjugué vrai de 8,5 cm.

Après 24 heures de travail, la dilatation était de 5 à 6 cm., les membranes rompues, le liquide amniotique déjà fétide, la parturiente déjà fébrile, l'enfant dont la tête n'était pas engagée, se trouvait en présentation du sommet O J D A, l'anneau de contraction remonté.

Le segment inférieur était tellement distendu que toute tentative de version eût été fort dangereuse.

L'opération césarienne était contre-indiquée par le fait de la rupture de la poche des eaux et de l'infection du liquide amniotique. Il ne restait donc que l'embryotomie ou l'agrandissement du bassin.

Dilatation d'après Bonnaire, puis hébotomie; après section du pubis la tête s'engagea spontanément.

Extraction par le forceps.

Digitized by Google

Jusqu'à aujourd'hui l'hébotomie a été pratiquée, à part quelques exceptions, exclusivement dans des cliniques ou des maternités, l'accoucheur se trouvant donc dans les meilleures conditions au point de vue soit de l'assistance, soit de l'asepsie. Est-ce que l'opération serait à même d'être étendue à la clientèle privée et rendue exécutable à domicile ? C'est là l'opinion de plusieurs et dans certains cas il nous semble que l'on peut répondre par l'affirmative si l'on se trouve dans un milieu aisé et où l'on peut obtenir une asepsie suffisante ; le praticien, s'il juge l'intervention indiquée, fera bien alors d'appeler deux autres confrères dont un accoucheur à son aide ; le spécialiste avec ses deux assistants exécutera l'intervention dont, comme nous l'avons vu, la technique est fort simple ; les quelques instruments nécessaires et les peu nombreux accessoires peuvent être apportés facilement tout stérilisés dans une valise.

Cependant lorsque la parturiente est encore transportable sans danger, il sera sans doute plus sage de recourir aux avantages fournis par un hôpital ou une clinique ; enfin, dans les milieux d'une propriété douteuse et où le temps presse, le médecin devra bien encore se résoudre à sacrifier l'enfant par l'embryotomie.

On pourra nous objecter ici : puisque le transport dans une clinique est préférable, pourquoi ne pas faire l'opération césarienne ? l'hébotomie ne remplit ici qu'un double emploi. — Non, répondrons-nous, et voici pourquoi : La césarienne, il est vrai, donne actuellement grâce à ses derniers perfectionnements de fort brillants résultats, cependant sa mortalité très faible, 3 à 5 °/₀, doit être attribuée à ce que l'opération césarienne est laissée de nos jours entre les mains d'opérateurs habiles, de professeurs ou de chefs de services rompus à sa technique. Or, l'hébotomie n'a donné jusqu'ici dans ses débuts qu'une mortalité de 2,56 °/₀, et cette mortalité minime se répartit sur 117 opérations pratiquées par 41 opérateurs différents et dont un grand nombre l'exécutaient pour la première fois ! Il est donc aisé de se rendre compte qu'au point de vue opératoire, la pubiotomie est infiniment plus aisée que la césarienne et que toutes choses égales d'ailleurs, ses risques pour la mère sont beaucoup moindres.

En outre et ceci est non moins important, lorsque l'opération césarienne ne peut plus être indiquée, chez des femmes en travail depuis de longues heures, dont la poche des eaux est

Digitized by Google

rompue, dont le liquide amniotique est infecté, répand de l'odeur, qui sont déjà fébriles, l'hébotomie peut encore faire valoir ses droits et reculer encore l'ultimatum de l'embryotomie, elle peut être encore exécutée et nous savons qu'elle l'a été avec de beaux résultats, lorsque, cela va sans dire, le fœtus donnait de bons signes de sa vitalité.

L'hébotomie pourra encore être substituée à l'accouchement prématuré et contribuer à abaisser fortement la mortalité infantile élevée de ce dernier (25 à 35 °/o) ou encore dans les bassins très étroits être combinée avec celui-ci, ainsi que Reeb l'a fait une fois.

Avant de terminer nous énumérerons les nombreux avantages de l'hébotomie et ses quelques désavantages que nous avons entrevus au cours de cette étude :

1° Dans l'hébotomie les surfaces osseuses de section n'étant point sur la ligne médiane, les appareils de soutien de la vessie et de l'urètre ne sont pas endommagés ; on évite donc sûrement les organes situés derrière la symphyse, ainsi que le clitoris. Ils sont refoulés d'un même côté alors que dans la symphyséotomie, ils sont soumis à des tractions bilatérales et risquent fort d'être lacérés.

2° Les parties molles, beaucoup plus épaisses sur les côtés, préviennent mieux les déchirures du vagin et de la plaie qui les feraient communiquer entre eux.

3° Les hémorragies graves, le clitoris n'étant pas atteint, sont beaucoup moins à craindre ; il faut reconnaître que l'extrémité d'un corps caverneux peut être sectionnée, mais d'après l'expérience la perte de sang est presque toujours minime et aisée à maitriser.

4° La tension des muscles long adducteur et droit interne empêchent un écartement trop fort ; cet écartement est en outre modéré et limité à sa juste mesure par l'emploi du tube élastique et de la voie sous-cutanée.

5° La guérison s'effectue beaucoup mieux dans une section osseuse franche et sous-cutanée que dans une plaie articulaire ouverte, le danger d'infection est infiniment moindre. On possède la certitude d'obtenir une réunion osseuse exacte, qui n'a jamais encore fait défaut, une restitution du bassin *ad integrum* et un résultat fonctionnel parfait.

6° L'hébotomie, ainsi que les statistiques le démontrent,

Digitized by Google

pourra se substituer à l'opération césarienne dans ses indications relatives, c'est-à-dire jusqu'à 7 cm. du conjugué vrai, à l'embryotomie dans beaucoup de cas, et à l'accouchement prématuré.

7° Elle peut être encore exécutée chez les fébricitantes.

8° Elle est très peu dangereuse pour la mère et donne de grandes chances à l'enfant de naître vivant.

Les désavantages ne consistent guère qne dans la production possible de deux accidents qui jusqu'ici n'ont pas causé de complications graves lorsqu'ils ont été traités conformément aux lois de la chirurgie moderne : nous voulons parler des quelques déchirures du vagin et des quelques hématomes qui n'ont pu être évités.

En concluant, nous émettons le vœu que dans un avenir prochain la scie de Gigli et l'aiguille conductrice de Döderlein occupent dans l'arsenal de l'accoucheur une place aussi importante et, espérons-le, plus importante même que les divers instruments affectés à l'embryotomie et nous croyons que dans de nombreux cas, lorsque l'enfant est encore vivant, ils pourront être substitués avantageusement à ceux-ci.

BIBLIOGRAPHIE

Baisch, *77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aertze*, Meran, 1905.

Bar. *Leçons de pathologie obstétricale*, Paris, 1900.

Baumm. *Monatschrift für Geburt. u. Gyn.*, 1903, n°s 17 et 18.

Burger, *Geburthilflich-Gynækologische Gesellschaft*. Wien. 21 mars 1905. — *Centralbl. für Gynæk.*, 8 juillet 1905.

De Bovis, *Semaine médicale*, 21 déc. 1904.

Döderlein, *Archiv. für Gynæk.*, Bd. LXXII, 1904. — *Centralbl. für Gyn.*, 1904, n° 42. — *Wurtembergische-Geburt-Gynæk. Gesellschaft*, 19 février 1905.

Fleischmann, *Geburt-Gynæk Gesellschaft* Wien mai 1905.

Gigli, *Geburt-Ginæk. Gesellschaft*, Wien mai 1905. — *Centralbl.- für Gynæk.*, 1904, n° 9 et 46. 1905, 18 mars.

Hohlweg, *Centralbl. für Gynæk.*, 24 oct. 1905.

Kannegiesser. *Gynæk. Gesellsch. zu Dresden*, 18 janvier et 2 septembre 1905.

Leopold, *Centralbl. für Gynæk.*, 1904, n° 46.

Reeb, *77. Versammlung. Deutscher Naturforscher und Aetz*, Meran 1905. — *Münch. med. Woch.*, 28 nov. 1905.

Reifferscheid, *Centralbl. für Gynæk.*, 1905, n° 42.

Digitized by Google

SCHAUTA, *Geburt.-Gynæk. Gesellschaft*, Wien 13 décembre 1904 et mai 1905.

SEELIGMANN, *Centralbl. für Gynæk.*, 7 oct. 1905.

SELLHEIM, Ibid., 9 sept. 1905.

SILZENFREY, *Prager med. Woch.*, 1905, n° 13.

TANDLER, *Centralbl. für Gynæk.*, 15 juillet 1905.

VAN DE VELDE. *Cenlralbl. für Gynæk.*, 1902, n° 37. — *Wiener klin. Wochensehrift*, 1903, n° 29.

VON FRANKÉ, *Prager med. Woeh.*, 1905, n°. 5. — *Munch. med. Wock.*, 1905, n° 10.

VON KUTTNER, *Centralbl. für Gynæk.*, 8 juillet 1905.

WALCHER, Ibid., 9 sept. 1905.

ZWEIFEL, Ibid., 7 janv. 1905.

Traitement des bursites

par le Dr Henri SECRÉTAN

Nous avons essayé récemment de traiter la bursite par la compression violente de la poche. Nous rassemblons le liquide entre les doigts et nous en formons un boyau que nous cherchons à écraser. Nous obtenons ainsi une rupture sous-cutanée de la bourse. Quelquefois la poche éclate très facilement à la première tentative ; d'autres fois la résistance est extrême ; on comprime alors le liquide suivant différents axes de manière à trouver dans la circonférence de la poche un point de moindre résistance qui livre passage au liquide. Avec de la patience, on réussit presque toujours à vider le kyste.

Tantôt la poche se rompt brusquement et le kyste disparait instantanément, tantôt la perforation est très petite, le liquide filtre alors sous la peau comme celui d'une injection sous-cutanée de sérum. D'autres fois le liquide transsude à travers la paroi très lentement après une malaxation énergique qui demande plusieurs minutes, pendant lesquelles le kyste se vide graduellement et complètement.

J'emploie couramment ce traitement pour toutes les bursites prépatellaires et olécrâniennes.

La bursite traumatique, l'hématôme de la bourse prépatellaire se résorbe souvent spontanément, mais la résorption en est quelquefois très lente ou bien le kyste persiste. Nous n'attendons plus la résorption spontanée ; après deux ou trois jours

Digitized by Google

nous provoquons par la compression manuelle l'évacuation de l'hématôme; nous comprimons ensuite avec une bande. Si un peu de liquide se rassemble de nouveau, nous l'évacuons encore. Une ou deux tentatives suffisent pour obtenir la guérison en quelques jours.

Nous appliquons le même traitement aux kystes séreux. C'est un moyen commode et facile de guérir une lésion qui réclame si souvent l'extirpation chirurgicale. En outre il est beaucoup moins douloureux qu'on ne pourrait le supposer.

Nous ne pouvons encore juger des résultats définitifs de cette pratique.

Sur huit cas ainsi traités depuis six mois, un seul est revenu avec une rechute. J'ai renoncé à un nouveau traitement, car il s'agit d'une bourse ancienne à parois rugueuses, indurées et j'ai conseillé l'extirpation.

Je pense que dans la plupart des cas de bursites traumatiques vraies le résultat peut être considéré comme très satisfaisant : la récidive n'est pas fatale et la durée du traitement est *considérablement abrégée*.

Je viens de faire éclater le kyste d'un non-assuré très pressé de partir en vacances. En deux minutes, la bourse gênante avait disparu et le client auquel on avait parlé d'opération était fort heureux d'ajourner cette échéance toujours ennuyeuse.

Il est à peine besoin d'énumérer les avantages de ce procédé sur la ponction. La perforation sous-cutanée par compression permet une évacuation complète du liquide, presque sans douleur ; elle est d'une innocuité absolue de sorte que le patient n'a plus besoin d'être surveillé. L'avenir montrera la valeur du procédé au point de vue de la durée de la guérison.

Nous traitons de même la bursite olécrânienne.

Les plaies perforantes de cette bourse sont fréquentes ; nous nous garderons bien de débrider la perforation. On détermine ainsi une plaie qui est très longue à guérir, tandis que la petite plaie traitée aseptiquement se ferme en quelques jours. Quand la bursite est suppurée, nous ne faisons qu'un très petit débridement de quelques millimètres par lequel nous introduisons de la teinture d'iode et nous traitons l'abcès comme une plaie ordinaire.

D'une manière générale, l'immobilisation de l'avant-bras est un adjuvant très indiqué de la guérison des plaies rebelles de la pointe du coude.

Digitized by Google

Quand la bursite infectieuse laisse une fistule opiniâtre, je fais le currettage de la cavité avec une petite cuiller tranchante, et le coude est immobilisé en extension. Cette intervention dispense de l'excision.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE LA SUISSE ROMANDE

Séance du 6 juillet 1905, à la Maternité de Genève

Présidence de M. MURET, Président.

13 membres présents, 2 étrangers : MM. *Gautier*, président de la *Société médicale de Genève* et *Huguenin*, premier assistant à l'Institut pathologique de Genève.

M. *de Seigneux* est reçu membre de la Société.

M. MURET présente un *utérus, gravide de trois mois et demi*, qu'il a extirpé chez une femme de 31 ans, qui en était à sa huitième grossesse. Une excision exploratrice ayant révélé dans une lèvre suspecte le cancer, il se décida à faire une hystérectomie vaginale qui fut très facile, vu le peu d'étendue du néoplasme. Il espère que la Société sera d'accord avec lui sur les indications opératoires dans ce cas.

M. BEUTTNER rapporte deux cas de *laparotomie vaginale suivie d'intervention vaginale.*

1° *Laparotomie* d'après Pfannenstiel, le 16 juillet 1901. Utérus en rétroflexion, fixé, augmenté de volume, de consistance élastique. Paramétrite antérieure. Kystes péritonéaux. Extirpation des trompes, fixées en arrière, et des kystes. Les adhérences paramétritiques sont déchirées. Ventrofixation. *Hystérectomie vaginale*, le 25 octobre 1902. Utérus en rétroflexion, fixé; sur la paroi postérieure, un myome du volume d'une petite orange, en dégénérescence graisseuse. Utérus couvert de lambeaux provenant des adhérences et kystes péritonéaux. — Démonstration des pièces.

2° *Laparotomie* médiane, le 31 janvier 1905. Ablation d'un hydrosalpinx gauche et d'un pyosalpinx droit, très adhérent; le pyosalpinx éclate dans l'abdomen (Coli). Drainage par l'ouverture abdominale ; il reste une fistule. *Colpotomie antérieure*, le 22 juin 1905. Il est impossible d'extirper l'utérus malgré l'hémisection de ce dernier d'après Doyen. Les ligaments larges étant déjà liés, on fait une amputation supravaginale du col. Les collections purulentes sont vidées par une incision sur la paroi antérieure du vagin. Drainage.

Digitized by Google

M. Jentzer s'étonne que, dans son premier cas, M. Beuttner ait cru devoir faire une hystérectomie ; la paramétrite antérieure est particulièrement justiciable du massage. Il s'élève contre la tendance moderne de beaucoup de gynécologistes d'opérer, par exemple, n'importe quelle rétrodéviation qui, cependant, bien souvent guérit par le massage et le pessaire.

M. Beuttner est tout-à-fait d'accord, aussi a-t-il traité sa malade pendant deux mois avant de l'opérer.

Il rapporte ensuite trois cas d'*appendicite compliquée d'affections gynécologiques.*

1° Depuis un an, fortes douleurs dans la fosse iliaque droite au moment des règles. Accès d'appendicite ; la malade est alitée pendant six semaines ; sa température atteint 39.2. Incision parallèle au ligament de Poupart. Extirpation de l'appendice qui, macroscopiquement, ne présente pas d'altérations. Périmétrite adhésive. Les adhérences sont déchirées. Guérison.

2° Il y a deux ans, deux attaques de périthyphlite. Résistance douloureuse à droite, T. 40.5, P. 126. Grossesse de trois à quatre mois. Laparotomie d'après Rapin-Küstner. Appendice allongé et hypérémié. Extirpation, guérison.

3° Douleurs dans la fosse iliaque droite. On sent l'appendice augmenté de volume. Laparotomie d'après Rapin-Küstner. Extirpation de l'appendice qui est très hypérémié et adhérent aux intestins grêles. Résection d'un petit kyste de l'ovaire droit, de même du côté gauche. Guérison.

M. Bastian approuve M. Beuttner de faire l'incision médiane dans l'appendicite. L'incision de Roux peut ne point convenir du tout quand, ainsi qu'il en fit l'expérience dans un cas récent, l'appendice est adhérent aux annexes gauches.

M. Buscarlet tient à faire remarquer que M. Roux lui-même ne fait pas exclusivement l'incision latérale.

M. Jentzer, à propos de la difficulté du diagnostic différentiel de la grossesse, mentionnée par M. Beuttner, cite les thèses de deux de ses élèves, Mlle de Patton et Mme Kaufmann, qui traitent ce sujet. Il a été lui-même amené à faire, dans un cas douteux, une laparotomie qui lui a permis de reconnaître qu'il ne s'agissait que d'une grossesse normale.

M. Kœnig propose de traiter, dans une prochaine séance, la question de l'appendice dans ses rapports avec la gynécologie.

M. Auguste Reverdin a l'habitude de faire son incision aussi près que possible du foyer. Dans la plupart des cas d'appendicite, c'est l'incision latérale qui permet d'aborder la lésion avec le moins de frais.

M. Muret ne pratique l'appendicectomie que dans les cas exclusivement gynécologiques et n'a, par conséquent, jamais été amené à opérer autrement que par laparotomie médiane.

M. Beuttner rapporte six cas de *formations kystiques de la trompe* ; il présente les photographies des sections et des coupes microscopiques. Au point de vue gynécologique, dans quatre de ces cas les kystes prenaient leur

Digitized by Google

origine dans la parovaire ; dans les deux autres, il s'agissait de petits kystes sous-séreux.

M. Bétrix présente une pièce provenant d'une femme qui a succombé à une *péritonite généralisée*, suite d'*avortement provoqué* après une grossesse d'environ deux mois. M. Bétrix, qui avait traité la malade pendant les deux derniers jours de la maladie, ayant exigé de la famille l'autorisation de faire faire l'autopsie de la cavité abdominale, celle-ci fut pratiquée par M. Huguenin, à l'Institut anatomo-pathologique. On reconnut que la cause de la péritonite généralisée aiguë avait été une large perforation de la paroi antérieure de l'utérus, lésion qui n'avait pu être produite que par une curette d'environ un centimètre de largeur. La cavité utérine renfermait encore quelques débris de l'œuf, mais en petite quantité et à l'état frais.

« J'ai acquis la certitude, dit M. Bétrix, que cette perforation avait été faite par une sage-femme ayant pratiqué elle-même le nettoyage de la matrice après l'avortement. Sachant, depuis bien des années, que plusieurs sages-femmes de la ville faisaient elles-mêmes les curettages dans les cas de fausse-couche ou d'avortement, je ne fus pas très surpris en constatant, à cette occasion, le terrible résultat de ces interventions illicites, toujours délicates lorsqu'elles sont faites par des mains inexpérimentées. En ma qualité de médecin traitant et la famille s'étant formellement opposée à toute intervention de la justice, je ne pouvais que me soumettre à sa décision ; cependant, je ne puis que désirer que, à propos de cette présentation de pièce, une discussion s'engage dans notre Société sur la conduite que le médecin a à tenir vis-à-vis de cas semblables. C'est la raison qui m'a décidé à faire cette présentation. »

M. Bastian confirme le fait que certaines sage-femmes avorteuses pratiquent elles-mêmes le curettage. Ne pourrait-on soumettre de pareils cas à la Société ?

M. Andreæ : Et le secret professionnel ? Le seul moyen d'intervenir, c'est celui dont le canton de Genève s'occupe en ce moment, c'est de réglementer les sage-femmes.

M. Bastian n'est pas partisan de cette philosophie sereine qui consiste à contempler les choses d'en haut. Il existe, de fait, pour les avorteuses, une impunité absolue à Genève.

M. Andreæ : Le fait n'est pas particulier à Genève. Le Département ne pouvait rien faire dans le cas de M. Bétrix, du moment que la famille ne réclamait pas.

M. A. Reverdin : Le médecin était placé dans une situation délicate : la femme est morte, ce n'est donc que la famille qui pourrait porter plainte. Celle-ci s'y refuse. Le médecin est lié par le secret professionnel. En cas pareil, c'est au Département à aller de l'avant, s'il a été avisé, car il s'agit d'un meurtre.

M. Gautier : Il y a deux questions à considérer : 1° le nombre des sage-femmes, qu'il est déplorable de voir augmenter ; il faut rendre plus difficiles les conditions d'admission. 2° la conduite du médecin. Nous

Digitized by Google

sommes absolument liés par le secret professionnel. Personnellement, je ne pose plus jamais de questions aux femmes faisant une fausse-couche, convaincu que je suis que, neuf fois sur dix, il s'agit d'un avortement provoqué.

M. Kœnig rappelle que le Département a nommé une commission, dont plusieurs membres de la Société font partie, à l'effet d'élaborer un réglement pour les sage-femmes.

M. Bétrix, membre de cette commission ainsi que MM. Andreæ et Kœnig, déclare que ses membres sont tout à fait décidés à traiter la chose sérieusement. Ce réglement sera-t-il appliqué ? c'est une autre question.

M. Andreæ parle d'un cas de sa pratique, une opération gynécologique suivie de *shock*.

M. Bastian rappelle l'opinion de Jacobs, de Bruxelles, sceptique à l'égard du shock.

M. Beuttner est persuadé que le shock existe.

M. Lardy a observé également un cas de shock rapporté dans la *Revue médicale de la Suisse romande* (1904, p. 140) chez une malade à laquelle il avait fait l'oophorectomie pour une ostéomalacie traumatique; jusque-là, il avait nié l'existence du shock. Dans son cas, il a pu en observer l'apparition brusque et l'a combattu victorieusement par la transfusion saline.

M. A. Reverdin estime que la durée de l'intervention est un facteur de premier ordre. Il rappelle un procédé trop oublié qui lui a admirablement réussi dans deux cas : c'est l'*autotransfusion* à l'aide de bandes de caoutchouc.

M. Rossier cite l'opinion exprimée par la plupart des orateurs dans la discussion qui a eu lieu cette année au Congrès de Kiel à propos de l'opération abdominale radicale du cancer, opération souvent suivie de shock : c'est que le shock pourrait provenir de la lésion de la quantité probablement énorme de fibres nerveuses sympathiques nécessairement blessées au cours de cette intervention.

M. Lardy : Il y a non seulement le shock *post*-opératoire, mais encore le shock *pré*-opératoire. Il cite le cas du Dr Georges de Montmollin qui vit s'affaisser, pour ne plus se relever, un malade auquel il se proposait d'enlever une simple loupe.

M. Kœnig présente une pièce provenant d'une laparotomie qu'il a faite trois jours auparavant : une *trompe gravide* de quelques semaines à peine, rompue, ayant donné lieu à une *inondation péritonéale* foudroyante, remarquable par son extrême abondance, comparée à la petitesse de la trompe et à l'exiguité de l'orifice, à peine visible, d'où le sang jaillissait comme d'une artère. L'opération, pratiquée à peu près deux heures après la rupture, sauva le malade.

Le président annonce la démission de M. *Zoppino*.

Le Secretaire : René Kœnig.

Digitized by Google

Séance du 28 septembre 1905, à la Maternité de Lausanne

Présidence de M. Muret, Président.

La Société continue la discussion sur les *mesures à prendre pour combattre le cancer* et passe à l'article V du rapport de M. Rossier[1] : Comment juger de l'opérabilité du cancer utérin ?

M. Rossier : Ce qui ressort des chiffres cités dans mon rapport, c'est que les cas du Prof. Winter sont beaucoup plus favorables que ceux d'autres cliniques. Cela est dû, certainement, aux travaux de sa clinique. Je suis assez sceptique quant aux résultats de l'opération de Wertheim. Si les limites de l'utérus sont dépassées, je ne crois pas à l'efficacité d'une opération quelconque. Si on reconnaît la présence de ganglions malades pendant l'intervention, je crois inadmissible que l'on puisse les enlever *tous*. Baisch a fait ressortir que, chaque fois qu'on trouvait les ganglions atteints, les récidives ne se faisaient pas attendre.

M. Koenig a été un des premiers à faire, en Suisse, l'intervention radicale abdominale et lui est resté fidèle. Il lui doit une survie de plus de six ans. La plupart de ses dix-neuf opérations abdominales remontent à moins de cinq ans, il ne peut donc pas encore parler de résultats éloignés. Quant aux résultats immédiats, ils ne sont évidemment pas encore brillants, puisqu'il a une mortalité opératoire (principalement par shock) de 40 % à peu près. C'est le chiffre indiqué par presque tous les opérateurs. Sans cette mortalité considérable, la supériorité de l'opération abdominale (bien entendu de la *véritable* intervention radicale avec ablation des paramètres, non pas seulement de l'hystérectomie abdominale) serait admise par tout le monde. Cette supériorité réside, non pas tant dans la possibilité d'enlever les ganglions, mais, avant tout, dans l'excision du paramètre en entier, qu'il est impossible d'atteindre par le vagin. La mortalité diminuera certainement. Toutes les grandes opérations ont eu, au début, des mortalités effrayantes. M. Kœnig ne veut pas rejeter entièrement l'opération vaginale, surtout celle pratiquée d'après le procédé de Schuchardt. Les résultats immédiats en sont excellents, puisque dans dix-neuf cas il a eu dix-neuf guérisons (temporaires, le plus souvent). L'opération vaginale reste indiquée, ainsi que l'a formulée Bumm, quand la néoplasie est limitée à la muqueuse du col, quand l'état général fait paraître trop considérables les risques de l'opération abdominale ou, enfin, par opportunisme pour certaines raisons non médicales.

M. Muret n'a pas pratiqué l'opération abdominale complète à cause de la mortalité effrayante qui en rend la pratique presque impossible dans la plupart des cas. Il a donc toujours procédé par la voix basse, sauf quand l'utérus est trop gros, mais, alors même, il n'a jamais fait l'opération abdominale étendue. Du moment que le paramètre est envahi, il ne faut

[1] Voir cette *Revue*, 1905, p. 617.

Digitized by Google

pas opérer, de même quand l'utérus n'est pas mobile. Les ganglions jouent un rôle accessoire. Il faut surtout se méfier des cas de cancers du col (cervix) qui envahissent rapidement les uretères. D'ailleurs, l'opération palliative donne d'excellents résultats. M. Muret a vu des survies de deux et trois ans.

Il a toujours remarqué que, si au cours d'un curage, le Douglas a été ouvert, le symptôme douleur revient rapidement. Il a constaté que les femmes souffrent beaucoup plus de leur récidive que de la tumeur primitive.

Il termine en rapportant l'observation d'une femme de 74 ans qu'il s'était décidé à traiter palliativement, jugeant son cancer inopérable. Après avoir ouvert le cul-de-sac de Douglas et ayant constaté que les environs de l'utérus n'étaient pas infiltrés, il essaya quand même l'exèrèse complète. Il ne réussit qu'après de très laborieuses manœuvres, les tissus étant d'une excessive friabilité. Il fit réellement un morcellement avec le doigt, sans appliquer de ligature. Aujourd'hui, quatre jours après l'opération, il a enlevé le tampon ; la malade va très bien.

Le Secrétaire, René Koenig.

SOCIÉTÉ MÉDICALE NEUCHATELOISE

Séance du 8 juin 1905 à St-Aubin.

Présidence du Dr Jaques de Montmollin, président.

Les membres de la Société se rendent d'abord au nouvel Hôpital de la Béroche qui est visité avec beaucoup d'intérêt. Chacun en admire la situation incomparable et les différents aménagements intérieurs. Cette visite terminée, une excellente collation nous attend, gracieusement offerte par le Dr Vouga dans sa belle propriété et là, sous de frais ombrages et au milieu de la verdure et du chant des oiseaux, nous tenons notre séance réglementaire.

Le Dr *Vuarraz*, de Neuchâtel, est reçu membre de la Société.

M. Descoudres, sous le titre de *radiothérapie et cancer*, parle des résultats obtenus à l'Hôpital Pourtalès au cours des six derniers mois dans le traitement des néoplasmes malins par la radiothérapie. La méthode employée s'est peu à peu perfectionnée et les résultats ont semblé aussi se modifier dans un sens favorable au fur et à mesure des progrès réalisés dans l'application toujours plus rationnelle et scientifique des rayons X. Aucun accident n'est survenu ; une radiodermite a été parfois provoquée intentionnellement, mais a disparu d'une séance à l'autre. Les ampoules ont toujours été utilisées molles et les séances de douze à quinze minutes de durée ont été espacées de neuf à douze jours environ.

Digitized by Google

Dans les six cas de tumeurs malignes ainsi traitées d'une manière suivie, on a enregistré une guérison complète, trois améliorations notables laissant espérer une guérison objective totale, un arrêt de la marche de l'affection avec légère régression apparente et un insuccès complet.

Ces six observations peuvent se résumer rapidement ainsi :

1° *Carcinome épithélial* (diagnostic histologique) *du pavillon, du conduit auditif et de la région mastoïdienne*. Tumeur ulcérée et volumineuse ayant été précédemment extirpée à deux reprises ; régression rapide et disparition complète par le traitement radiothérapique avec cicatrisation lisse, très peu visible.

2° *Epithéliome de la joue* disparu presque entièrement au bout de quelques séances radiothérapiques.

3° *Tumeur ganglionnaire sous-maxillaire* d'apparence carcinomateuse chez une malade operée antérieurement d'un cancer du sein ; aussi en voie de disparition rapide, presque complète.

4° *Récidive de cancer du sein*, opéré à deux reprises. Nombreuses granulations en chapelet le long de la cicatrice opératoire avec noyau volumineux dans ce qui reste du pectoral. Disparition d'un grand nombre de granulations et diminution notable de volume du noyau sous-cutané.

5° *Tumeur volumineuse profonde inopérable de la région sus et sous-claviculaire* (sarcome ou carcinome à point de départ osseux, selon toute probabilité) ; arrêt de développement et même légère régression sous l'influence de la radiothérapie.

6° *Cancroïde de la lèvre inférieure*, extirpé avec tous les ganglions de la région. Récidive locale et osseuse prenant rapidement un grand développement malgré un traitement radiothérapique suivi et intense dès les premiers jours après l'opération. Les doses maxima appliquées ici ont été impuissantes à prévenir et à enrayer le développement de cette récidive. Cette dernière observation prouve une fois de plus que le cancroïde des lèvres parait jusqu'à aujourd'hui échapper absolument à l'action curative des rayons X, différant en cela, on ne sait pourquoi, des autres cancers superficiels.

M. de Coulon, après avoir demandé quelques renseignements sur la technique qui a été employée, insiste sur la belle cicatrisation qu'on obtient dans certains cas. D'autre part, il existe certains lupus, par exemple, où il a recherché à dessein une légère ulcération qu'il jugeait nécessaire. Pour lui, dans les cas de petits cancroïdes bien isolés, l'excision au bistouri doit tout d'abord être tentée.

M. de Coulon lit un travail sur les *corps étrangers articulaires*. Il présente deux corps libres extraits par l'arthrotomie et leurs radiographies. L'une provient du coude et l'autre du genou. Il existe dans les antécédents des deux cas un traumatisme très léger, survenu entre 16 et 24 mois avant la constatation de l'existence des souris articulaires. Dans les deux cas, les corps étrangers étaient fibro-cartilagineux, libre dans le cas du coude et pédiculé dans celui du genou. Dans cette dernière articu-

Digitized by Google

lation, le corps le plus volumineux siégeait sur la face du condyle interne, imitant par sa forme une rotule. Son plus grand diamètre était de 4 cm. Les deux malades porteurs de ces corps étrangers ont réagi à une injection de tuberculine et ils avaient également tous deux dans leurs antécédents une hérédité tuberculeuse.

M. Descœudres a observé récemment chez une jeune fille de 13 ans un corps libre du genou. Ici l'origine traumatique paraissait bien évidente. A l'incision l'os semblait tout-à-fait sain et l'examen aux rayons Rœntgen ne permettait pas de voir d'où venait ce corps libre.

M. de Coulon pense que dans ce cas aussi, la tuberculose doit être mise en cause et que ce corps libre provenait d'une ostéo-arthrite disséquante due à une tuberculose latente.

Après la séance la Société se rend par bateau à vapeur à Auvernier où un excellent souper termine joyeusement la journée.

Le Secrétaire : Dr Morel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 6 décembre 1905

Présidence de M. Gautier, président.

32 membres présents.

M. Gautier dépose sur le bureau un exemplaire de son bel ouvrage sur l'histoire de la médecine à Genève, dont il fait don à la société.

M. Bourcart lit un mémoire sur l'*application* du *massage vibratoire dans les appendicites* (sera publié).

M. Mayor rappelle qu'en effet les vibrations sont analgésiantes, antispasmodiques et favorisent la circulation ; il signale le travail d'un Suédois, M. Lévine, qui relate des cas aigus guéris par cette méthode. M. Mayor dit que la vibration est en quelque sorte un opium physique, meilleur que l'autre, surtout parce qu'il active la circulation et que les vibrations manuelles, bien que délicates à exécuter, sont très supérieures aux vibrations mécaniques, mais la méthode ne doit pas être appliquée lorsque l'indication opératoire se pose.

M. Bergalonne reproche précisément à M. Bourcart d'avoir perdu du temps — dans un cas qu'il a eu l'occasion de suivre et qui fait partie de la statisque de M. Bourcart — en massant un malade qui possédait déjà une collection suppurée périappendiculaire et qui avait été envoyé dans le service de chirurgie à l'Hôpital pour y être opéré de suite ; il ne le fut que plusieurs jours après, alors que son état ne permettait plus d'espérer une guérison. Il ne put en effet supporter l'opération et M. Bergalonne estime que ce cas met en évidence le danger de la méthode préconisée par M. Bourcart, danger qui réside dans le fait qu'on risque de se laisser aller à temporiser, alors qu'il faut intervenir sans tarder.

Digitized by Google

M. Patry examine successivement les cas faisant partie de la statistique de M. Bourcart et trouve que l'abaissement de température qui est signalé comme un des grands avantages de la méthode n'a rien de caractéristique et s'observe dans des appendicites non traitées. Dans un des cas il n'y aurait eu qu'une seule séance de massage et la guérison s'en serait suivie. Ce résultat parait trop brillant à M. Patry et il croit qu'il ne s'est agi là que d'une coïncidence. Le fait que les cas traités n'ont pas récidivé pendant trois ans ne parait pas devoir être rattaché à la méthode, car c'est un fait qui s'observe fréquemment. M. Patry conclut que le massage vibratoire est un traitement qui pourra peut être donner des résultats satisfaisants, mais pour le moment il ne doit pas être érigé en méthode de traitement des appendicites.

M. Bourcart trouve que ce qu'il y a de remarquable dans sa méthode c'est la chute de température qui succède presque toujours à la séance de massage, mais qui, parfois il est vrai n'est pas très considérable.

MM. E. Revilliod et Long communiquent l'observation d'un cas de *polynévrite suite de rougeole*.

BOSTON MEDICAL LIBRARY OCT 3 1907

Il s'agit d'un garçon de 8 ans qui fut atteint le 21 avril 1905 de rubéole à peu près en même temps que ses frères et sœurs. La maladie était très nette, sans phénomènes généraux et sans angine. Elle se termina en trois jours et fut suivie d'un peu de conjonctivite. Le 2 mai l'enfant retourne à l'école, mais à ce moment déjà il était faible sur ses jambes. Peu après apparaît une impotence fonctionnelle presque complète des membres inférieurs et des muscles du tronc, grande faiblesse des membres supérieurs et abolition des réflexes tendineux. Il y eut aussi de la diplopie par parésie du droit externe de l'œil droit. Des douleurs spontanées et provoquées par pression se montrèrent le long des troncs nerveux des membres. Vers le 18 mai les symptômes allèrent en s'améliorant et l'enfant était presque guéri à la fin de juin. Actuellement il est parfaitement bien portant et les réflexes sont devenus normaux. Les réactions électriques des muscles ont été affaiblies quantitativement, sans qu'il se soit montré de réaction de dégénérescence. L'atrophie musculaire a été presque nulle.

Les auteurs considèrent ce cas comme un type de polynévrite ayant frappé les filets moteurs plus que les filets sensitifs. Ils relèvent les faits intéressants suivants :

1° Contrairement à ce qu'on observe ordinairement dans les polynévrites motrices, la paralysie des muscles du tronc a été beauconp plus accusée que celle des membres et, dans ces derniers, les muscles des ceintures scapulaire et pelvienne, de la cuisse et du bras ont été atteints à un plus haut degré que ceux des extrémités (avant-bras et mains, jambes et pieds). De même les douleurs névritiques, quoique passagères, ont été surtout marquées à la racine des membres.

2° Il y a eu pendant quelques jours de la diplopie, ce qui est également une localisation rare de la polynévrite.

Digitized by Google

Enfin il est à remarquer que cette polynévrite a succédé à une maladie infectieuse extrêmement bénigne, la rubéole, sans mélange d'aucune autre infection, sans diphtérie en particulier ; c'est une complication de la rubéole qui n'a pas été jusqu'ici signalée à la connaissance des auteurs de cette communication.

M. Aubert présente des préparations microscopiques d'une *grossesse tubaire* datant de quinze jours et traitée à la Clinique obstétricale de Tubingue.

M. Andreae montre un *corps étranger de l'utérus;* il s'agit d'une sonde demi-molle de 14 cm. de long retirée, au cours d'un curetage, d'un utérus qui saignait depuis longtemps. Cette sonde est restée du 6 mai à la fin de novembre dans la matrice, malgré l'avortement.

Le vice-secrétaire, Dr Ch. Julliard.

BIBLIOGRAPHIE

Société de crémation de Genève, Bulletins IV et V ; deux broch. in-8o de 40 et 24 p. Genève 1905, Impr. Jarrys et fils.

La Société de crémation de Genève n'avait pas publié de bulletin depuis 1900. Les deux numéros qui viennent de paraître rappellent son activité depuis cette date. Le no 4 donne en particulier une description du Crématoire de Genève illustrée de deux planches et reproduit les statuts de la Société et la liste de ses membres. Dans le no 5 se trouve entre autres un appel pour la formation d'une Association générale des sociétés de crémation en Suisse, une communication de M. Alexandre Claparède sur les funérailles et l'incinération chez les Tschonktchi (Esquimaux de l'Asie septentrionale) et la liste des personnes incinérées au Crématoire de Genève ; on y verra que ce nombre est allé sans cesse en augmentant : il y a eu 28 incinérations en 1902, 48 en 1903, 75 en 1904, et 67 pendant les huit premiers mois de 1905. Ces bulletins témoignent du zèle et de l'activité de M. B. Reber leur rédacteur, qui est actuellement président de la Société et intéresseront tous les partisans de la crémation. C. P.

P.-L. Ladame. — Le régime des aliénés en Suisse, broch. in-8o de 76 p., ext. du *Bullet. de la Soc. gen. d'utilité publique,* t. VIII, no 58, Genève 1905, Soc. gén. d'imprimerie.

Cette brochure est la reproduction d'une conférence faite le 15 mars dernier par l'auteur à la Société genevoise d'utilité publique. Après avoir rappelé dans un court aperçu historique comment peu à peu les idées superstitieuses relatives à la folie ont cédé devant les progrès des

Digitized by Google

sciences médicale et juridique, M. Ladame parle des sociétés de secours aux aliénés et mentionne les cantons qui en ont fondé ; après quelques considérations générales sur le régime des aliénés en Suisse, il s'étend particulièrement sur la doyenne de ces sociétés cantonales, celle de St-Gall dont il raconte la fondation et l'organisation, et indique les heureux résultats auxquels elle est arrivée ; c'est en particulier aux efforts de cette société que M. Ladame attribue le fait qu'à St-Gall la mortalité par l'alcoolisme est plus faible que dans les autres villes suisses.

Une annexe, extraite du *Journal de statistique suisse* (1905) et intitulée : Quelques données statistiques sur les sociétés de secours aux aliénés, donne d'intéressants détails sur ces sociétés. M. Ladame a rendu par ce travail de précieux services à ceux qui voudront faire des recherches ultérieures sur l'activité féconde de nos sociétés suisses, et inspirera le désir à ceux de nos cantons, qui, comme celui de Genève, n'en possèdent pas encore, à en fonder à leur tour. C. P.

F. Guermonprez. — Etudes sur le traitement des fractures des membres, notes recueillies et mises en ordre par les Drs J. Guilloux, L. Eissendeck, J. Faidherbe, A. David, L. Merveille et A. Platel et revues par le professeur ; un vol. in-8o de 1644 p. avec 235 fig. Paris 1906, J. Rousset.

Cet énorme volume, qui, pour la commodité du lecteur, aurait dû être partagé en deux, ne peut par sa nature même être résumé. Il se compose en effet d'une série de chapitres rédigés par des auteurs différents et exposant les résultats des travaux du vénérable et savant chirurgien de Lille sur la thérapeutique immédiate et consécutive des diverses fractures des membres. Les premiers sont relatifs aux conditions de la réduction de ces fractures et aux manœuvres pratiquées pendant leur consolidation, à l'emploi de l'électrothérapie et du massage ; ce dernier moyen fait le sujet de plusieurs chapitres qui traitent de son historique, de son application suivant le siège de l'accident, de son mode d'action et de ses contre-indications ; vient ensuite l'étude des arthropathies juxta-fracturales, puis celle de la mobilisation et de l'immobilisation et de leurs indications, du traitement de la convalescence et de ses complications (thermothérapie, eaux minérales, etc) et enfin de la gymnastique et de la mécanothérapie dont la description est illustrée par une trentaine de figures hors texte ; plusieurs de celles-ci sont relatives à l'emploi de l'arthromoteur du Dr Scholder, de Lausanne. De nombreuses observations accompagnent cette exposition très pratique qui intéressera tous les chirurgiens et particulièrement ceux qui ont à s'occuper du traitement des accidents du travail, sujet qui est une des parties importantes de l'enseignement de M. le Prof. Guermonprez.

C. P.

Digitized by Google

Bouchard et Brissaud. — Traité de médecine, 2e édition, t. X. un vol. gr. in-8o de 1050 p. avec 241 fig., des schémas et une table alphabétique des dix volumes, Paris 1905, Masson et Cie.

La nouvelle édition de ce traité vient d'être terminée par la publication du dixième volume qui achève la description des affections du système nerveux ; M. Babinsky y parle des névrites, M. Hallion de la pathologie des muscles et nerfs moteurs, des anesthésies et des névralgies ainsi que de la maladie de Thomsen, M. Souque du myxœdème, etc., M. Meige des tics et des crampes, MM. Blocq et Grenet des chorées et des myoclonies, M. Lamy de la paralysie agitante, M. Boix des amyotrophies, du goitre exophtalmique et de la pathologie du grand symphatique, M. Dutil de la neurasthénie, de l'épilepsie et avec M. Laubry de l'hystérie, M. Gilbert Ballet des psychoses et avec M. Rogues de Fursac de la paralysie générale.

Ce beau traité est actuellement entièrement remanié et mis au courant des derniers travaux scientifiques. Ses dix volumes peuvent être acquis séparément et chacun peut n'en prendre que ceux qui l'intéressent plus spécialement. Les deux derniers en particulier constituent une monographie très complète des affections du système nerveux qui fait le plus grand honneur à ses rédacteurs C. P.

G. Laurens. — Chirurgie oto-rhino-laryngologique (oreille, nez, sinus de la face, pharynx, larynx et trachée), t. XII du *Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale*, publié sous la direction de MM. Paul Berger et Henri Hartmann. Un vol. in-8 gr.-jésus de 976 p., avec 470 fig. Paris 1906, G. Steinheil.

De nombreux progrès ont été réalisés, dans ces dernières années, par l'oto-rhino-laryngologie. En même temps que les maladies du nez, des oreilles, du larynx et de régions avoisinantes étaient mieux étudiées, la thérapeutique opératoire, devenue plus audacieuse, voyait s'ouvrir devant elle un champ nouveau. Les opérations sur la mastoïde, sur les sinus de la face et même les interventions intra-crâniennes pour abcès du cerveau, méningites, phlébite de la jugulaire, etc., se multipliaient. Un traité détaillé relatif à ces sujets s'imposait et c'est celui que vient d'écrire M. G. Laurens.

La chirurgie auriculaire y est très complètement traitée. Grâce aux descriptions techniques et à la profusion des dessins et schémas, la thérapeutique de l'otite moyenne aiguë suppurée, de l'otorrhée chronique et de ses complications, le manuel de la paracentèse du tympan et des opérations sur les osselets sont très clairement exposés. La technique de la trépanation mastoïdienne, ses difficultés, ses accidents sont minutieusement décrits. A signaler, parmi les chapitres intéressant les chirurgiens, ceux qui concernent l'opération de l'évidement pétro-mastoïdien, la phlébite du sinus latéral et les interventions pratiquées sur ce sinus et le golfe de la jugulaire, l'exploration des loges cérébrale et cérébel-

Digitized by Google

leuse, l'ouverture des abcès cranio-encéphaliques extra-duraux, cérébraux, cérébelleux, le traitement de la méningite, la chirurgie du nerf facial et de sa paralysie.

La thérapeutique des sinusites de la face (frontales, maxillaires, ethmoïdales, sphénoïdales), conquête récente de la rhinologie chirurgicale, est décrite d'une facon détaillée ainsi que l'opération des polypes naso-pharyngiens, les diverses pharyngotomies, l'ablation des végétations adénoïdes et tous les procédés d'amygdalotomie.

La fin de l'ouvrage est consacrée à la chirurgie laryngo-trachéale ; on y trouve l'étude des divers procédés opératoires : laryngotomie, laryngectomie, résection de la trachée, trachéotomie, etc. Le traitement des abcès, des corps étrangers, des rétrécissements et des tumeurs des voies aériennes, est exposé à part, avec des considérations très précises sur les indications et la technique opératoire. Enfin, cette dernière partie renferme un chapitre sur les méthodes trachéoscopique et bronchoscopique, de découverte et d'application toutes récentes.

Ce traité a été écrit avec les documents fournis par les publications des spécialistes et aussi d'après les idées que l'expérience personnelle de l'auteur et ses travaux depuis dix ans ont pu lui inspirer. Il est illustré de près de 500 dessins et de nombreux schémas relatifs aux diverses opérations pratiquées sur l'oreille, le nez, les sinus de la face et l'appareil laryngo-trachéal.

VARIÉTÉS

Compte rendu sur la jurisprudence et la littérature médicale spéciales aux accidents de travail.

Hernie-accident.

Parmi les questions mises à l'ordre du jour du récent Congrès médical international des accidents du travail tenu à Liège en Juin 1905, figurait la question de la hernie accident. Nous extrayons des communications présentées à ce sujet les quelques points suivants qui pourraient être utiles, à l'occasion, au médecin chargé par un tribunal d'une expertise sur un cas de ce genre.

Et d'abord, un peu de statistique :

Prédisposition à la hernie. — Sur 800 opérations radicales Roser trouve dans le 56 % des cas une hernie congénitale. Sur 1000 ouvriers de professions diverses, examinés par Liniger, on en trouve :

400 (40 %) qui ont un canal inguinal normal.

339 (33,9 %) qui ont une légère prédisposition.

164 (16,4 %) qui ont une forte prédisposition.

Digitized by Google

Le médecin militaire Schwiening a recherché cette prédisposition chez 1.252.795 hommes incorporés de 1894 à 1899 et a trouvé seulement une proportion de 15,75 % de prédisposés, ce qui tient au « matériel » particulièrement jeune et vigoureux auquel il avait à faire.

Brandenberg trouve 3052 prédisposés pour 755 personnes saines, soit le 80,2 %.

On peut donc dire que plus de la moitié des individus examinés sont des prédisposés à la hernie.

Présence de hernies non traumatiques. — Liniger a établi un fait qui revêt une valeur toute spéciale au point de vue de la question de la hernie accident, à savoir que dans le *60* % des cas les ouvriers atteints d'une hernie n'avaient pas la moindre connaissance de l'existence de leur affection et n'en ressentaient pas de gêne ou de douleur. Beaucoup d'entre eux accomplissaient même de gros travaux en étant porteurs de hernies volumineuses. Ce fait est important pour la détermination de l'état de la victime antérieure à l'accident.

Sur 1000 ouvriers, 201 soit le 20,1 % sont des hernieux (Liniger). — Sur 20 hommes, 1 est atteint de hernie d'après Blume, ce qui parait une trop faible proportion pour les ouvriers.

L'office impérial allemand des assurances *(Reichsversicherungsamt)* a établi dans sa séance du 23 mai 1899 qu'une prédisposition typique à la hernie ne pouvait être la conséquence d'un accident.

Fréquence de la hernie traumatique. — Krönlein prétend qu'un ouvrier qui rapporte l'apparition d'une hernie à un accident, avait déjà cette hernie anatomiquement formée avant celui ci. La plupart des auteurs sont d'avis que la hernie traumatique vraie est une grande rareté et qu'elle ne survient que chez des prédisposés (Kocher, Socin, Helferich, König, Thiem, etc.). Blasius a établi que sur mille hernies il n'y en a qu'une de traumatique.

Quelles sont les causes déterminantes usuelles de la hernie-accident ? — En premier lieu vient « l'effort déployé pour soulever une forte charge » Cet effort, pour être envisagé comme accident du travail, doit « dépasser les limites du travail habituel de l'ouvrier et se produire dans des conditions défavorables et inusitées pour la région inguinale ». Puis vient l'effort déployé pour rétablir l'équilibre dans la chute en arrière, en un mot tous les efforts qui ont pour conséquence l'augmentation de la pression abdominale sur les régions inguinales. On connaît des cas où un choc direct sur la région aurait provoqué la formation d'une hernie. Ces cas sont rares et demandent à être analysés avec soin.

Symptômes. — Les symptômes habituels de la hernie-accident récente sont les suivants : petit volune (grosseur d'un citron au maximum) ; unilatéralité (sauf rares exceptions) ; réductibilité ; dilatation ou effacement de l'anneau et du trajet herniaires peu accusés ; absence d'ectopie testiculaire. Aucun de ces symptômes n'est indispensable ou absolu.

La production brusque de la hernie est accompagnée de violentes douleurs qui *nécessitent l'interruption immédiate du travail.* Lorsque ce fait

Digitized by Google

ne se produit pas le rapport entre l'accident et la sortie de la hernie est douteux (La jurisprudence du Tribunal fédéral suisse est conforme à cette manière de voir).

Il existe cependant des cas où la hernie peut sortir tout-à-coup sans grande douleur. Il s'agit de cas où la prédisposition du sujet s'est accrue insensiblement et progressivement depuis longtemps. Lorsqu'elle est arrivée à un certain degré il suffit du plus petit effort, même d'un effort journalier accompli en dehors du travail ou auquel ne s'applique pas la définition juridique de l'accident pour déterminer l'apparition de la hernie. La cause de l'affection ne sera pas alors cet acte isolé qui a déterminé la hernie, mais la série des actes précédents qui ont amené la prédisposition du sujet jusqu'à un état où la hernie ne pouvait plus ne pas se produire. Dans ces cas là la responsabilité d'un accident, si accident il y a, pourra être réduite ou annulée.

L'incapacité de travail qui résulte pour un ouvrier de la production d'une hernie-accident unique est de *10* % dans la majorité des cas. Elle peut s'élever jusqu'à 25,50 et même 75 0/0, si la hernie est douloureuse, incœrcible, si elle provoque des accidents, ne tolère pas le port d'un bandage et ne permet qu'un léger travail.

15 % représente l'incapacité moyenne pour une hernie double, non douloureuse, réductible, coercible. Un accident peut encore aggraver l'état d'une hernie préexistante, transformer une pointe de hernie en hernie funiculaire ou scrotale. La responsabilité de l'accident sera alors relative au dégré de cette aggravation.

(Ref. in *Monatschrift für Unfallheilkunde*, 1905).

Tuberculose pulmonaire.

Arrêt de la Cour de Cassation de Paris du 27 juillet 1905.

Un accident qui en diminuant les forces du blessé et en le retenant au lit provoque une évolution plus rapide de la maladie et hâte le dénouement fatal, ne motive pas l'application de la loi du 9 avril 1898, s'il est prouvé que la mort n'est pas la suite directe et immédiate de cet accident.

« La Cour,

Attendu que l'arrêt attaqué constate souverainement que Gauthier, ouvrier au service de la Cie des chemins de fer de l'Ouest, est mort d'une tuberculose pulmonaire qui ne peut être considérée comme une conséquence de l'accident du travail dont il a été victime ; qu'il en conclut que la veuve Gauthier... ne peut invoquer contre la Cie des chemins de fer de l'Ouest, le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 ; attendu il est vrai, que le dit arrêt reconnait que l'accident « en diminuant les forces du blessé et en le retenant au lit » a déterminé « une évolution plus rapide de la maladie et hâté le dénouement fatal », mais que cette reconnaissance elle-même prouve que la mort de G. n'est pas la suite directe et immédiate de l'accident ;..... par ces motifs, rejette le pourvoi ».

(Recueil spécial des accidents du travail, Nov. 1905).

Digitized by Google

RÉTRÉCISSEMENT TRAUMATIQUE DE L'URÈTRE.

Evaluation de l'incapacité de travail. — Celle-ci dépend essentiellement du trouble apporté à la miction, des chances d'infection ou de rétention d'urine futures.

Pfeil a examiné à ce propos 19 cas de l'Hôpital des « Barmherzigen Brüder » à Bonn (service du Prof. Witzel) qui ont fait l'objet d'un jugement.

Voici les incapacités de travail qu'il indique : (les lettres O. I. A. indiquent que l'incapacité correspondante a été établie par jugement de l'Office impérial des assurances à Berlin, instance supérieure pour la juridiction des accidents du travail en Allemagne) :

Rétrécissement qui n'occasionne pas de douleurs, mais doit être traité de temps en temps.	10 % (O. I. A).
Rétrécissement avec traitement ambulatoire plus fréquent	20 %.
Légères douleurs avec mictions fréquentes ou peu d'incontinence	15-20 %.
Mictions fréquentes, douloureuses.....	33 1/3-55 %.
Fistules avec légère incontinence	20-30 %.
Après accoutumance	15 % (O. I. A).
Mictions fréquentes, douloureuses et forte incontinence.....	50 %.
Mictions fréquentes, douloureuses, incontinence, catarrhe vésical, douleur à la défécation et à l'éjaculation	50-60 2/3 % (O. I. A).
Incontinence d'urine, vessie ne pouvant être évacuée qu'avec la sonde, fort rhumatisme..	75-100 % (O. I. A).

Le Prof. Witzel pratique presque toujours l'urétrotomie interne avant la dilatation.

(PFEIL. Ueber traumatische Harnröhrenverengerungen mit Bezug auf das Unfallversicherungsgesetz. *Thése de Bonn*, 1905. Ref. in. *Monatschr. f. Unfallheilk.*, 1905, nº 10.)

Dr Ch. JULLIARD,
Janvier 1906.

THÈSES DE GENÈVE ET DE LAUSANNE. — Voici la liste des thèses des Facultés de médecine de Genève et Lausanne pour 1905 :

Genève.

Marie COUTANINE. Etude critique sur la réinfection syphilitique [1].

Léon SCHAPIERA. Contribution à l'étude de la tuberculose conglomérée du foie.

Malka BERMANN. Publication d'un cas de monstre.

[1] Cette thèse, omise dans la liste publiée dans notre numéro de janvier 1905, appartient à l'exercice 1903-1904.

Digitized by Google

Alexandra Belkind. La cryoscopie du lait de femme.
Edouard Borel. Du placement des aliénés criminels en Suisse.
Zénaïde Tchernetzky. Un cas de carcinome primitif du rein.
Zénaïde Kamenzove. La stovaïne ; étude expérimentale.
Catherine Tsytovitch. De la mort subite par hypertrophie de la glande thyroïde et du thymus chez l'enfant.
Henri Zbinden. Contribution à l'étude de la psychothérapie rationnelle.
Maurice Jeanneret. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Extrauterin-Gravidität.
Mira Kisseleva. Contribution à l'étude des affections des organes respiratoires consécutives aux empyémes chroniques des cavités accessoires du nez.
Fradja Berestovisky. Contribution à l'étude de quelques névroses réflexes d'origine nasale (épilepsie, neurasthénie, chorée et tic).
Jean Rigopoulos. De la prétendue action antagoniste du permanganate de potasse vis-à-vis de la morphine.
Nicolas Guerdjikoff. Diagnostic du début du travail de l'accouchement.
Nicolas Nemsky. Contribution à l'étude des phénomènes psychiques accompagnant l'atrophie jaune aiguë du foie.
François Neuhaus. Contribution à l'étude des ferments oxydants : I. De l'action combinée de la péroxydase et de la catalase. II. La catalase de l'urine normale et pathologique.
Marie Rounné. Étude comparative sur la résistance des tissus thyroïdien et parathyroïdien.
Michel Soustchinsky. Deux cas de récidive de grossesse tubaire.
Zlata Frigoff. Action de la subcutine sur la vitalité du tissu thyroïdien transplanté.
Catherine Kerkis. Les vasoconstrictines des sérums normaux.
Jordan Ivanoff. Contribution à l'étude des glandules parathyroïdes chez les rongeurs (cobaye et mulot).
Botcho Botcheff. Contribution à l'étude des glandes parathyroïdes chez la taupe et la musaraigne.
Cécile Begack. Données expérimentales applicables à l'usage interne de l'adrénaline et à l'emploi de cette substance dans le traitement de la syncope chloroformique.
Emilie Kaufmann-Aglitzky. Contribution à l'étude de la grossesse au début avec quelques considérations sur la valeur des contractions partielles.
Alexandra Bach-Tcherven. Le traitement marin de la tuberculose infantile et l'Asile Dollfus à Cannes.
Wanda Chmielewska. Le liquide céphalo-rachidien dans les hémorragies du névraxe.
Francis Descœudres. Du pronostic et du traitement de la tuberculose du genou.
Wardouhi Goukassian. De la greffe du tissu thyroïdien provenant d'animaux morts.
Eva Mitnitskaja. Essais de transplantation du thymus.
Louis Aubert. Contribution à l'étude de la suture des tendons.
Rivka Telatizky. De la cytologie du liquide des vésicatoires et de sa valeur diagnostique.
Marie Radmilovitch. Contribution à l'étude des luxations récidivantes du coude.
Antoine Majdracoff. Sur un cas de doigts hippocratiques unilatéraux.
Alexis Brissard. La fréquence du goître à l'Asile de Bel-Air.
Alexandre Cramer. Des avantages de l'addition de phosphate disodique au repas d'épreuve.

Digitized by Google

Ignat Ignatieff. Etude expérimentale sur l'épiosine.

Alma Drzwiecka-Dovgierd. Le narcyl ; étude expérimentale.

Alexis Théodoroff. De la procidence du cordon ombilical dans les maternités suisses. Sa fréquence et son pronostic pour l'enfant.

Zareh Cheridjian. Des phénomènes d'obstruction et d'occlusion fonctionnelles dans les ulcérations tuberculeuses de l'intestin.

Pierre Kontiteh. De l'influence de la station debout ou couchée sur l'élimination du bleu de méthylène.

Nicolas Doleff. Cytodiagnostic des épanchements pleuraux.

Stamen Grigoroff. Contribution à la pathogénie de l'appendicite.

Alfred Veyrassat. De l'emploi de la solution physiologique chaude dans le traitement des ulcères.

Henry Henneberg. L'anesthésie dite médullaire par les injections intrarachidiennes de stovaïne.

Khawa Sandomirsky. De l'évolution de la formule cytologique dans les pleurésies.

Nicotas Yennaropoulos. Analyse de quelques cas de folie quérulente.

Lausanne. [1]

Mlle Catherine Kouzmine. Histologische Untersuchung über den Einfluss der Lymphagoga auf die Leber.

Gustave Turini. Contribution à l'étude de l'amputation ostéoplastique de Gritti.

Alfred Rossier. Un cas d'ostéomalacie puerpérale ; opération césarienne, oophorectomie bilatérale, etc.

Mlle Sophie Michalowska. Réaction diazoïque d'Ehrlich.

Missak Chamlian. Conjonctivite granuleuse ou trachome.

Mlle Loucentag Matinian. Contribution à l'étude de la tuberculose chondrocostale. Procédé opératoire du Prof. Roux.

Mlle Rahel Saizeff. Aetiologie und Therapie des Aborts.

Mlle Hélène Fæsy. L'anévrysme poplité.

Mlle Hélène Léontieff. Phlébite crurale d'origine appendiculaire.

Panaïote Tomoff. Contribution au traitement du prolapsus du rectum.

Kraisselsky. L'influence de la section du sympathique sur la guérison des plaies de l'œil.

Henry Reymond. Traitement de la diphtérie.

Mlle Alexandra Orloff. Traitement de l'incontinence d'urine.

Mme Marie de Rusieka. Recherches sur la limite de la déterminabilité microchimique du mercure dans l'urine, le lait et le sang.

Sigismund von Lopuski. Der Einfluss des Vacuums auf die Virulenz der pathogenen Bacterien.

Mlle Barbe Philipoff. La méniscite du genou.

Mlle Roudæff. Contribution à l'étude du rhinosclérome en Suisse.

Gélu Théodoroff. Les exanthèmes post-sérothérapiques.

Mme Kouvitchinsky. La blennorragie féminine infantile.

Mlle Bronislava Dicker. Les vomissements incoercibles de la grossesse.

Mlle Baclanowski. Contribution à l'étude du mode d'infection dans la tuberculose laryngée.

Edouard de Buman. Le curettage dans la fièvre puerpérale.

Mlle Sophie Popoff. Contribution à l'étude de la sténose du col utérin.

[1] Les trois premières thèses ont été présentées la première en octobre 1904 et les deux suivantes en décembre 1904 ; elles avaient été omises dans notre liste parue dans le n° de janvier 1905.

Digitized by Google

Mlle Marie Abacoumova. Péritonite primaire à streptocoques chez l'enfant.

Mlle Olga Kastelli. La farine « Alpina ».

Mlle Sophie Béletzky. La myosite ossifiante traumatique.

Gourewitch. Contribution à l'étude des abcès froids vertébraux.

Mlle Jakowleff. Le cancer du sein chez l'homme.

Mlle Valentine Nicholsky. Ein Fall von Struma congenita.

Mme Marie Oknoff. La paracousie lointaine et son application dans la pratique courante de l'examen fonctionnel.

Mlle Tauba Ramm. L'œdème dur traumatique.

Michel Janouloff. L'hypochloruration dans le traitement bromuré de l'épilepsie infantile.

Idel Abramoff. Le lactagol et son influence sur la sécrétion lactée.

Wladimir Belanine. Contribution à l'étude de la pression sanguine à l'état pathologique.

Distinctions. — M. le Dr Bard, de Lyon, professeur de clinique médicale à l'Université de Genève, a été nommé correspondant national de l'Académie de médecine de Paris.

M. le Dr Buscarlet, privat docent à l'Université de Genève, a été nommé membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Congrès. — Le troisième *Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales* se tiendra à Milan, du 5 au 9 septembre 1906.

Le second *Congrès international d'hygiène scolaire* se tiendra à Londres du 5 au 10 août 1907.

Exposition. — Une *exposition internationale d'alimentation*, etc., avec *section d'hygiène* médico-pharmaceutique, aura lieu à Anvers en avril et mai 1906. Pour renseignements s'adresser au secrétariat, 26, rue d'Arenberg, Anvers.

Caisse de secours des médecins suisses. — Dons reçus en Décembre 1905.

Argovie. — Dr Widmer, fr. 20, (20+400=420).
Bâle-Ville. — Anonyme, fr. 20, (20+800=820).
Genève. — Dr Prevost, prof., fr. 25, (25+595.40=620.40).
Glaris. — Dr Jenny-Temme, fr. 20, (20+20=40).
Tessin. — Dr G. Reali. fr. 25, (25+87=112).
Thurgovie. — Aerztl. Verein, « Werdbuhlia » par Dr Winterhalter, fr. 100, (100+260=360).
Zurich. — Drs Halperin, fr. 15; A. Reinhardt, fr. 20; R. Hottinger fr. 10; A. von Schulthess-Rechberg-Schindler, fr. 20, (65+1145=1210).

Ensemble fr. 275. — Dons précédents de 1905, fr. 10.644.10
Total, fr. 10.919.10.

De plus pour la fondation *Burckhardt-Baader ;*

Genève. — Dr Prevost, fr. 25, (25).
Tessin. — Società dei medici condotti del cantone Ticino par M. le Dr Solari, fr. 250, (250).

Ensemble fr. 275. Dons précédents de 1905. fr. 355. Total, fr. 630.

Bâle, 31 Décembre 1905. *Le Caissier :* Dr P. Von der Mühll
Aeschengraben, 20

GENÈVE. — SOCIETE GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE, PÉLISSERIE, 18.

Digitized by Google

XXVIme ANNEE. — N° 2. 20 FÉVRIER 1906.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Plaies contuses par frottement et ulcères traumatiques

par le Dr H. Secrétan

Si le pronostic des contusions simples donne quelquefois lieu à des erreurs, il en est de même du pronostic de certaines plaies par frottement violent qui mettent un temps très long à guérir. Il se produit une nécrose sèche des tissus qui est beaucoup plus profonde qu'on ne peut le soupçonner au début et s'élimine avec une extrême lenteur. Quand on néglige ces plaies par frottement du derme, il se forme une croûte sèche, brune, concave, qui recouvre une eschare profonde.

Peu à peu le pourtour de l'eschare rougit, la plaie s'infecte légèrement, le derme voisin se tuméfie peu à peu et l'assuré, qui pendant les premiers jours paraissait atteint d'une lésion insignifiante, réclame des soins et un chômage prolongés. L'évolution du traumatisme aboutit à la formation d'une ou de plusieurs ulcérations arrondies, typiques.

La lésion est donc caractérisée par les faits suivants :

Le traumatisme est constitué par le frottement violent de la peau, avec compression, laissant des excoriations plus ou moins profondes.

Au début, la lésion paraît insignifiante, l'épiderme est enlevé et il y a, sur le derme rouge vif un peu épaissi, quelques croûtes.

Ces croûtes recouvrent des foyers gris-blanc de nécrose, s'éliminant lentement, et aboutissant à la formation d'ulcères surélevés qui trouent le derme infiltré.

Il y a longtemps que j'ai observé la lenteur de l'évolution des plaies dues à un frottement violent, et j'en ai vu dernièrement des exemples nombreux et particulièrement frappants :

Digitized by Google

B. a le dos de la main gauche éraflé par la chute d'une grosse pierre. Au bout de huit jours, le médecin renvoie le sinistré au travail. Sur ses protestations, il l'adresse à Lausanne pour le faire soumettre à un contrôle. Je suis chargé d'examiner le blessé et de trancher le conflit.

B. se présente à moi avec le médius et l'annulaire sans pansement, protégés seulement par des doigts de peau.

Je constate sur le dos de l'articulation moyenne du médius une grosse croûte brune, déprimée au centre et une croûte semblable plus petite sur le dos de l'annulaire. La croûte du médius est entourée d'un derme légèrement épaissi, rosé. La pression ne donne issue à aucun liquide. L'assuré se plaint de douleurs spontanées ; la flexion du doigt est gênée par le tiraillement de la peau dorsale.

J'enlève la croûte qui recouvre un tissu gris, résistant à la traction avec des pinces et tapissant une ulcération profonde. L'examen ne donne lieu à aucun suintement de sang appréciable. Il y a là, au-dessus de l'interligne articulaire un foyer de nécrose profond. Evidemment cet assuré ne peut pas travailler, il serait même dangereux qu'il essayât de le faire. Loin de confirmer l'opinion précédemment émise, je prévois plusieurs semaines de chômage et je reprends le traitement.

La main est baignée et pansée tous les jours, puis tous les deux jours, à la vaseline stérilisée, car ce qui caractérise ces plaies c'est le peu d'activité des tissus, le développement très tardif et très lent des granulations, la tendance à la siccité.

La sécrétion de la plaie est minime, elle se nettoie peu à peu, l'ulcération devient plus profonde, au point que des filaments du tendon extenseur s'éliminent ; on craint un moment de voir la nécrose s'étendre jusqu'à la jointure.

Enfin, au bout de trois semaines, une ulcération typique, ronde, d'un centimètre de diamètre est constituée. Le fond se tapisse de fines granulations ; les bords de l'ulcère, saillants en bourrelets, présentent une collerette épidermique.

En même temps les tissus périarticulaires ont enflé ; tout l'article est gros, le doigt a pris la forme d'un fuseau allongé, sans qu'il y ait de dépolissement des cartilages articulaires. L'ulcère se comble très lentement. Une fois dans le cours du traitement, sans cause appréciable, la couche superficielle des granulations s'est nécrosée et n'a repris son aspect rosé qu'après cinq jours. Dès lors la réparation se fait sans incidents. Après deux mois de traitement la plaie est enfin guérie. Le milieu du doigt reste encore épais, mais l'articulation est parfaitement libre et les fonctions des tendons normales.

L'ulcération de l'annulaire, moins profonde, était guérie depuis un mois.

La raideur relative des doigts n'étant due qu'à la longue immobilisation ; l'assurance alloua à B. un mois de convalescence.

Le chômage a donc duré trois mois et huit jours pour une

Digitized by Google

lésion qui, au premier examen, ne paraissait pas justifier l'inactivité.

Il ne s'agit pas là d'un cas exceptionnel, dû à une idiosyncrasie ou à une diathèse ; B. est un jeune homme d'aspect sain, il n'est atteint d'aucune maladie organique ou infectieuse ; néammoins je lui ai prescrit pendant tout le traitement de l'iodure de potassium à haute dose, par acquit de conscience.

Des cas semblables sont en effet fréquents, et on trouve presque toujours comme cause, un traumatisme spécial : le frottement violent des téguments sur une surface plus ou moins étendue, par un corps massif ou contre un obstacle pendant une chute.

Les tissus, comme engourdis, stupéfiés par cette action traumatique particulière, donnent prise à une forme de nécrose dont la délimitation est très-graduelle et très lente. Ils réagisent faiblement, et, d'une semaine à l'autre, au début, l'état paraît stationnaire.

Voici d'autres exemples :

C. a la main prise sous un bloc en mouvement. Deux heures après l'accident il se présente à moi avec le dos de la main gauche légèrement tuméfié et trois excoriations superficielles sur le métacarpe et le dos du médius.

Le lendemain le fond des excoriations est devenu grisâtre; les pansements humides fréquents empêchent la formation des croûtes.

L'eschare, correspondant à l'une des excoriations du dos de la main, plus profonde qu'on ne pouvait le prévoir, s'élimine très lentement et donne lieu à un ulcère typique, parfaitement rond, d'un centimètre de diamètre, surélevé sur le derme légèrement épaissi. La guérison complète a demandé 55 jours.

Cr. présente le 18 novembre 1905 une plaie contuse de peu d'apparence provoquée par le frottement d'un bloc de pierre au dos du médius sur l'interligne articulaire ; le derme est fendu longitudinalement sur une étendue de quelques millimètres. Quelques heures après l'accident le fond de la plaie, entre les lèvres du derme écarté, est blanchâtre, complètement exsangue.

L'évolution de la lésion est encore typique :

Le tissu mort se délimite et s'élimine très lentement. Le derme s'épaissit tout autour ; le doigt à la forme d'un fuseau. Un ulcère rond, profond, se forme peu à peu, très lentement, sans aucun incident ; les granulations comblent l'ulcère, affleurent enfin la collerette épidermique de ses bords saillants, légèrement décollés ; l'épiderme s'étend enfin sur elles et ferme la plaie le 16 janvier 1906.

Digitized by Google

Les tissus périarticulaires sont encore très enflés, néammoins l'articulation est libre et les fonctions des tendons normales. Le travail sera repris dans un mois. Durée totale trois mois.

Voici encore un cas récent entre plusieurs, car je le répète il ne s'agit pas de cas extraordinaires, mais de lésions qui sont la conséquence, croyons-nous, du traumatisme spécial sur lequel nous attirons l'attention.

Le jeune L., très robuste, sans varices, tombe dans un fossé, le 7 décembre, sa jambe en frotte violemment la paroi ; il se présente le lendemain avec une meurtrissure de la région antéro-externe de la jambe et du genou droits. La peau de la région est rouge, tendue, luisante et recouverte par places de longues croûtes noires, minces et parallèles. En apparence rien d'important. Deux jours plus tard, on constate de nombreux foyers de nécrose plus ou moins profonde du derme. L'épidermisation est rapide sur une grande partie de la région traumatisée, mais il reste au centre une plaque de peau de 7 cm. de longueur, légèrement infiltrée, trouée par cinq petits ulcères saillants dont la guérison est très lente.

Le 20 janvier, la guérison n'est pas acquise. Le chômage aura duré deux mois, plus que s'il s'était agi d'une fracture de la diaphyse du péroné.

Je rappelle que dans tous les cas de plaies trainantes, je donne invariablement de l'iodure de potassium à haute dose. Ce médicament n'a eu aucune influence sur l'évolution de ces cas.

Souvent il se forme des furoncles dans la région voisine des plaies à réparation lente.

Je ne méconnais pas que la lenteur de la guérison des plaies peut s'expliquer par le terrain constitutionnel. Il faut toujours examiner s'il n'y a pas de troubles de la sécrétion urinaire : sucre ou albumine. Il faut être sûr qu'il n'y a pas de diathèse syphilitique. La scrofulose, la furonculose, une mauvaise circulation, une alimentation insuffisante, la sénilité peuvent fournir dans quelques cas une explication. Il y a des sujets qui réparent toujours mal, ou qui sont momentanément prédisposés à des retards dans la restitution des tissus. La question de la simulation (irritation de la plaie par des chocs) peut aussi se poser dans quelques cas.

Il serait intéressant de faire une étude générale de toutes les causes organiques ou extérieures, telles que les traumatismes divers ou les actions rayonnantes du calorique, de l'électricité ou des métaux (radium) qui peuvent diminuer la vitalité des tissus et entraîner une guérison lente des plaies.

Digitized by Google

Pour ne parler que des traumatismes, il y a évidemment des cas où la contusion simple peut déterminer des plaies à réparation très lente; j'en ai un exemple sous les yeux :

F. se crève la peau du dos du premier espace interosseux de la main gauche avec le biseau d'un marteau. Il en résulte une plaie béante du derme de deux centimètres et demi de long. La granulation ne s'établit que très tardivement, vers le douzième jour; huit jours plus tard, toute la couche de granulations se nécrose et prend un aspect gris noir; il faut cinq jours pour qu'une couche rose, uniforme de granulations reparaisse.

Les bords de la plaie ne sont pas surélevés et le fond n'en est pas creusé. On ne trouve pas le cadre infiltré qui entoure les ulcérations que nous avons décrites plus haut.

Le tissu cellulaire à la base de la plaie forme une plaque dure; quand on prend la plaie entre les doigts on a la sensation que donne un chancre induré. Pas de douleur, pas trace d'infection à aucun moment.

Trois fois depuis le 30 décembre, la couche de granulations se nécrose profondément sans cause appréciable. La plaie se resserre, devient peu à peu circulaire; il semble que la nécrose des granulations soit sous l'influence de la rétraction cicatricielle des bords et du fond de la plaie.

Le processus est d'une lenteur extrême. Le 29 janvier je prévois que la réparation demandera encore un mois au moins. C'est au point que la question d'exciser la plaie et de suturer ensuite se pose rationnellement. L'iodure n'a eu aucune action.

J'ai remarqué fréquemment la nécrose périodique des bourgeons des plaies qui guérissent lentement et commencent à se rétracter. Il y a là un phénomène habituel qu'il serait intéressant d'observer avec attention.

La dernière observation que nous venons de résumer est exceptionnelle. Je me suis trompé complètement dans mes prévisions, tandis que pour les plaies contuses par frottement violent, nous prévoyons d'emblée un chômage prolongé et cette prévision se confirme dans la règle.

Ajoutons cependant que l'œdème traumatique, même très limité (par exemple sur le dos des doigts), constitue un mauvais terrain pour la guérison des plaies, même des petites excoriations du derme qui peuvent durer un temps fort long.

Tous les cas de plaies par frottement auxquels je fais allusion dans cette note ont été contrôlés minutieusement, comme le sont d'ailleurs tous les cas d'assurance qui durent longtemps; souvent les pansements ont été munis de marques et scellés; aucun des malades n'a été suspect de simulation. Leurs urines ne contenaient ni sucre ni albumine.

Digitized by Google

Comme l'iodure à haute dose ne modifie pas le processus et qu'on ne trouve pas de lésion constitutionnelle, il faut bien admettre que la marche de la lésion est due à la nature du traumatisme. C'est le frottement violent avec compression des tissus qui a pour effet l'évolution très lente et typique de la réparation.

Les plaies par la meule à émeri, même quand la pression n'est pas forte, donnent lieu aux mêmes observations. Il se forme une nécrose beaucoup plus profonde qu'on ne peut le supposer à première vue. Le tissu nécrosé, gris-blanc, se délimite et se détache également avec une extrême lenteur.

Le frottement violent des tissus diminue leur aptitude à la réparation beaucoup plus que le choc direct et l'écrasement relatif. Il constitue une sorte de lésion trophique à radiation étendue qui aboutit souvent à de véritables ulcères, les ulcères traumatiques.

Si j'insiste sur les plaies par frottement, c'est que leur *apparence insignifiante au début* peut entraîner de graves erreurs de pronostic et de traitement. Négligées, ces plaies peuvent provoquer, par l'extension insidieuse de la nécrose, des infections articulaires, surtout aux doigts.

En résumé les plaies contuses dues à un frottement violent avec compression se compliquent de foyers plus ou moins étendus de nécrose plus ou moins profonde, dont la délimitation, l'élimination et la réparation sont extraordinairement lentes.

Il n'y a aucune proportion d'une part entre l'apparence de la lésion au début, et d'autre part la durée de son évolution et le chômage qu'elle entraîne.

Endoscopie urétrale et vésicale

Communication faite à la *Société vaudoise de médecine* le 2 décembre 1905

Par le Dr Perrin.

Urétroscopie. — L'urétroscopie est une méthode d'examen dont la valeur a été fort contestée et l'est encore à l'heure qu'il est. Elle est cependant, au point de vue du diagnostic, d'une nécessité journalière pour le spécialiste, et rend aussi, au point de vue thérapeutique, assez de services incontestables

Digitized by Google

pour qu'elle me paraisse mériter une certaine attention de la part du praticien en général.

Les premières tentatives de rendre accessible à l'œil la muqueuse urétrale datent d'un siècle environ, mais tous les procédés depuis celui de Bozzi (1805) ne furent guère utilisables et utilisés jusqu'à ce qu'en 1874 Grünfeld publiât son *Endoscopie der Harnröhre* et indiquât un moyen simple et pratique permettant de voir la muqueuse de l'urètre sur toute sa longueur, et même à la rigueur, partiellement, celle de la vessie [1].

Si l'endoscopie urétrale a provoqué tant d'opposition, si pour beaucoup de praticiens elle a été riche en déceptions, c'est qu'on lui a trop demandé. Elle ne remplace nullement l'arsenal urologique dont on se servait avant qu'elle fut connue, elle ne fait que le compléter.

Il va de soi qu'on ne doit pas s'adresser à l'endoscope pour le traitement d'une urétrite aiguë, ou même chronique généralisée, d'abord, parce qu'il est parfaitement inutile de rendre accessible à l'œil une lésion parfaitement connue, ensuite parce que nous avons assez de moyens sûrs, efficaces et moins traumatisants, pour pouvoir facilement nous passer de cet instrument, et surtout parce que, avec des lésions aussi étendues et une infiltration aussi générale des tissus intéressés, l'on ne voit absolument rien. Se servir dans ces cas-là de l'endoscopie, c'est en abuser ; si ceux qui agissent de la sorte, et il y en a, n'obtiennent que de maigres résultats, c'est à l'abus et non pas à la méthode qu'il faut s'en prendre.

Par contre je vois difficilement par quel autre moyen il serait possible de faire le diagnostic de végétations ou de polypes urètraux qui ne sont pourtant pas extrêmement rares.

L'endoscopie rend aussi de très grands services quand il s'agit de fixer le siège des gonocoques dans une urétrite à récidives après que tous les autres examens possibles n'ont fourni que des résultats négatifs.

Citons par exemple, un cas typique que certainement tous ceux qui s'occupent de la partie reconnaîtront pour n'être que trop fréquent et familier au spécialiste :

Urétrite antérieure et postérieure datant de quelques jours.

[1] Suit la démonstration et la description suivant leur ordre chronologique de l'urétroscope de Grünfeld, des panélectrocopes, de l'endoscope de Nitze et de celui d'Oberlænder (Valentine).

Digitized by Google

Prostatite. Urétrocystite. Gonocoques dans le pus au méat ; gonocoques dans la sécrétion prostatique après massage. Traitement approprié. Au bout de 26 à 30 jours les trois portions d'urine sont absolument claires. Le malade est renvoyé provisoirement ; il doit se représenter dans huit jours s'il ne voit rien reparaître, plus tôt dans le cas contraire. Au bout de trois à six jours il revient : goutte au méat ; gonocoques ; première portion d'urine trouble, deuxième portion trouble ou non. Massage de la prostate des deux côtés : sécrétion normale. Massage des glandes de Cooper ; examen du sédiment de l'urine : rien. La sonde à boule ne révèle aucune place suspecte dans le canal. Un ou deux lavages feront tout rentrer dans l'ordre, mais si on interrompt le traitement on voit au bout de quelques jours revenir le malade avec une nouvelle récidive. Et bien heureux ceux qui ont dans ces circonstances leur récidive, et qui ne gardent pas leurs gonocoques à l'état latent pendant cinq ou dix ans pour les voir, lors de leur mariage, reparaître dans des conditions déplorables.

Eh bien, dans la grande majorité de ces cas l'endoscopie donne les renseignements si désirables pour une intervention appropriée au cas particulier, et permet de poser les indications thérapeutiques précises.

Pour citer quelques exemples dont la marche répond *grosso modo* au type décrit plus haut, j'ai trouvé dans deux cas que c'étaient des polypes pédiculisés dans la région bulbaire qui étaient responsables de la durée du processus inflammatoire. Dans plusieurs autres c'était un seul follicule ou une unique lacune de Morgagni qui donnait asile au gonocoque. Le plus souvent il s'agissait d'une lacunite universelle, souvent aussi, quand l'inflammation avait été de longue durée, de grosses granulations siégeant capricieusement tantôt ici, tantôt là.

A propos de lacunite je me souviens d'un cas que j'eus l'occasion d'endoscoper il y a plusieurs années. Il s'agissait d'un malade presque guéri auquel j'avais, pour empêcher qu'un service militaire de quelques jours ne lui occasionnât une rechute, recommandé d'introduire pendant ce temps-là des bougies au protargol et beurre de cacao. Dès la première bougie le malade vit son état empirer au lieu de s'améliorer. Je le visitai quelques jours plus tard, et constatai par l'endoscopie que le canal paraissait parsemé de petites taches grisâtres ressemblant à du lichen. Un tampon de ouate ayant fait dispa-

Digitized by Google

raître la petite tâche grisâtre, je vis apparaître à sa place une lacune à bords tuméfiés et laissant perler une goutte de pus. Il s'agissait évidemment d'une rétention de sécrétion dans les lacunes de Morgagni, produite par une fine couche graisseuse de beurre de cacao, et les tâches grises n'étaient que du pus se répandant autour de la lacune entre la muqueuse et la couche grasse qui la recouvrait. Quelques applications du dilatateur de Kollmann combinées à des injections appropriées amenèrent en quelques jours la guérison définitive.

Quant à l'application thérapeutique de l'endoscopie, elle me paraît indiquée dans les traitements, non de tous, mais de presque tous les rétrécissements, même infranchissables aux bougies filiformes. Souvent l'endoscope permet d'introduire une de ces bougies quand cela paraissait impossible sans le secours de l'œil.

Quand le siège d'un rétrécissement n'est pas trop malheureusement situé, quand il ne s'agit pas d'un rétrécissement traumatique d'une étendue énorme, il est toujours possible de faire l'urétrotomie interne à l'aide de l'endoscope, dans de nombreux cas où sans cet instrument on aurait été forcé d'avoir recours à l'urétrotomie externe qui représente une intervention incomparablement plus grave.

En outre l'urétrotomie endoscopique à l'aide de la cocaïne-adrénaline permet d'inciser précisément la cicatrice qui obstrue le canal et d'y pratiquer de multiples incisions radiaires, qui en rendent la dilatation beaucoup plus facile, tandis que l'urétrotome, quel qu'il soit, incise la partie rétrécie à l'aveuglette.

L'endoscope ne peut être remplacé dans le traitement (nous l'avons dit en parlant de son utilité diagnostique) des polypes, des granulations, des végétations, des lacunites isolées, des petits abcès glandulaires.

Il est l'instrument le plus pratique dans la thérapeutique du verumontanum, dans les cas de spermatorrhée et chez de vieux onanistes.

Il pourrait difficilement être remplacé dans le traitement opératoire des fistules urétrales.

Il rend surtout de très grands services quand il s'agit d'extraire un corps étranger de l'urètre. J'ai eu ainsi l'occasion d'extraire une sonde Delamotte dont la présence avait été oubliée par un vieux prostatique atteint de démence sénile, et qu'il avait poussée avec une autre sonde jusque dans la partie

Digitized by Google

bulbaire. Il fut facile, grâce à l'endoscope, de se rendre compte de la situation exacte de l'extrémité de la sonde, et de l'extraire avec la pince de Grünfeld. Dans d'autres cas c'étaient un morceau d'une sonde en verre brisée à l'intérieur, une olive d'une sonde à boule dont le pas de vis s'était cassé, et, très fréquemment, des tampons de ouate détachés d'un porte-tampon.

Cystoscopie. — L'endoscopie vésicale, la cystoscopie, jouit de plus de considération que l'urétroscopie ; on ne lui reconnaît toutefois pas encore l'importance qu'elle mérite [1].

Le cystoscope est d'une très grande utilité pour le diagnostic de presque toutes les affections vésicales ; dans beaucoup de cas il est indispensable et fournit des renseignements qu'il ne serait pas possible d'obtenir par n'importe quel autre moyen.

Il va de soi qu'il ne peut pas toujours être employé : ainsi, quand il s'agit de pénétrer dans une vessie dont l'accès est obstrué par un ou plusieurs rétrécissements urétraux, il sera nécessaire de faire disparaître ceux-ci avant de s'adresser au cystoscope.

Quand l'urètre ou le col donnent lieu à une hémorragie lors de la pénétration d'un instrument, on aura toutes les chances de ne rien voir à travers un instrument dont la lampe ou la fenêtre seraient voiles par un caillot.

Dans le cours d'une cystite aiguë de n'importe quelle provenance, on évitera pour d'autres raisons de faire un examen douloureux et irritant à ce moment, tandis que quelques jours plus tard il sera toléré avec facilité.

L'usage de la cystoscopie au point de vue du diagnostic est si général qu'il est impossible de citer tous les cas où il est indiqué. Qu'on me permette seulement quelques exemples.

L'emploi de la sonde, ou d'un autre moyen de diagnostic ayant révélé ou fait soupçonner la présence de *calculs dans une vessie,* l'explorateur ne peut que confirmer l'existence d'un calcul ou tout au plus, dans des conditions avantageuses, de *plusieurs* calculs dans la vessie ; il ne saurait nous dire ni leur qualité, ni leurs dimensions, ni leur nombre, et ces détails sont très importants pour le choix de la méthode d'intervention.

[1] Suit la présentation et la description du cystoscope explorateur simple de Nitze, du cystoscope à irrigation, du cystoscope pour cathétérisme des uretères, du cystoscope à opération (de Nitze) et du cystoscope à photographie.

Digitized by Google

Il est souvent très difficile de déterminer le *siège d'une hémorragie* et de dire si le sang provient du bassinet, de la vessie ou du col. Les renseignements fournis par l'aspect de l'urine et par la quantité relative de sang dans les différentes portions d'urine successivement émises, sont souvent trompeurs. Le cystoscope renseigne d'une façon certaine, et l'examen est toujours praticable si l'on a à sa disposition un cystoscope à irrigation, permettant de changer rapidement le contenu de la vessie, au cas où le sang l'aurait rendu trouble. Si c'est la vessie qui saigne, une ulcération, une tumeur constatées expliqueront la cause de la présence du sang dans l'urine. Si le sang vient d'en haut, on voit l'uretère du côté malade fournir à chaque contraction du bassinet un jet d'urine sanguinolente.

Des *tubercules* sont facilement reconnaissables comme tels et leur localisation a une telle importance au point de vue thérapeutique et pronostique, que la cystoscopie est de la plus grande importance dans les cas de cystite tuberculeuse au début. Si je ne fais erreur, il ressort des observations publiées par le Prof. Roux qu'il faut nettement distinguer entre les tuberculoses vésicales ascendantes et les tuberculoses descendantes à lésion rénale primitive. La cystoscopie démontre *de visu* combien ces observations sont justes. D'après l'image cystoscopique — j'ai eu l'occasion de voir plusieurs cas de ces affections — je distinguais celles-ci en tuberculoses d'origine génitale et tuberculoses d'origine rénale.

Dans les premières les tubercules sont rares ; on ne constate guère qu'à un âge déjà avancé de la maladie des ulcères caséïfiés un peu partout, mais surtout au niveau de la prostate. C'est qu'en effet le plus souvent, la maladie marche, au point de vue vésical, *de dehors en dedans*, c'est-à-dire que la muqueuse est la dernière atteinte.

Dans les cas de tuberculose descendante, c'est autour du méat urétéral du côté malade que les tubercules se massent, et à une période un peu plus avancée le méat se présente à l'œil irrégulier, infiltré et ulcéré.

Ces images cystoscopiques tombent parfaitement d'accord avec ce que nous disent les autres moyens d'investigation. Dans la forme ascendante, à origine essentiellement (sinon toujours) génitale, l'épididyme, la prostate, le cordon, ou tous les trois sont, ou ont été atteints. Dans le second cas ces organes sont indemnes, par contre d'autres signes avaient attiré l'attention du côté du rein.

Digitized by Google

J'espère pouvoir sous peu présenter un certain nombre d'observations des deux types, avec photographies cystoscopiques illustrant ce que je viens de dire au point de vue de la localisation des lésions tuberculeuses dans chacun d'entre eux.

Il n'est pas rare de constater dans une vessie qui est le siège d'une inflammation opiniâtre, une cystite à *corps étranger,* et on est surpris par l'étrangeté des objets qu'on peut y rencontrer.

Le record est triomphalement tenu par l'épingle à cheveux. A en croire la fréquence de l'apparition de celle-ci dans la vessie, et à voir la riche collection recueillie par Nitze où tous les degrés de la pétrification (passez-moi ce terme pas très exact) sont représentés dans ce même organe, l'on serait tenté de se demander quel rapport existe entre la chevelure d'une jeune fille et sa vessie. Les malades n'ont tous aucune idée de la façon dont ce corps étranger pourrait bien être entré dans leur vessie ; aussi, quand le médecin, avec la bonté d'âme qui le caractérise toujours, leur tend la perche, en leur demandant si ils ou elles ne l'auraient pas avalé par mégarde, ils se souviennent tous subitement du jour et de l'heure où cette distraction leur est arrivée.

J'ai vu et extrait avec la pince à corps étrangers un petit calcul qui s'était formé autour d'un fil de soie tombé dans la vessie après une cystotomie suspubienne. Un point de la suture à points séparés *(Knopfnaht)* avait, à ce qu'il paraît (?), traversé la muqueuse, avait été macéré, et avait fini par tomber dans la vessie, où il s'était incrusté de phosphates, et apparaissait vingt et un jours après l'opération comme une fève de haricot de moyenne grandeur.

Un cas que j'ai observé me parait devoir être signalé, parce qu'il montre qu'une pyélite ne se développe pas nécessairement par voie ascendante, même dans les conditions les plus favorables, et les portes, les méats urétéraux, étant grandes ouvertes. Voici la relation de ce cas :

Un jeune homme, suivant le conseil d'un ami très éclairé, avait, pour se soulager, dans le cours d'une blennorragie aiguë, tenté de « casser la corde ». On sait que ce terme est consacré dans certaines régions pour désigner une manipulation peu chirurgicale qui consiste à placer le membre en érection douloureuse (chaudepisse cordée) sur le bord d'une table, et d'y appliquer un vigoureux coup de poing, pour casser la corde, ce qui. dit-on, guérit la maladie immédiatement. La conséquence

Digitized by Google

dans ce cas, fut, ce qu'elle doit être sans aucun doute dans tous ceux où le coup de poing est assez vigoureusement appliqué pour être efficace, une rupture de l'urètre d'où abondante hémorrhagie, infiltration et rétrécissement cicatriciel ; ce dernier au bout de trois mois à peine amenait une rétention complète. C'est six mois après cette expérience que je vis le malade. Il lui fallait des heures pour vider péniblement le trop-plein de sa vessie. Dans le pus s'écoulant encore abondamment du méat fourmillaient des gonocoques, des streptocoques et plusieurs autres micro-organismes non définis.

Après urétrotomie interne, dilatation du canal et lavages de la vessie, dont le contenu avait un aspect des plus déplorables, la *cystoscopie* permit de constater une dilatation énorme des uretères, dont les méats étaient des deux côtés des trous énormes du diamètre d'une pièce d'un franc.

Le but de cet examen était surtout de se rendre compte si la cystite était ou non compliquée de pyélite, le malade ne s'étant jamais plaint de symptômes rénaux. *La pyélite est facilement reconnaissable au cystoscope* par le fait que l'uretère du côté malade projette lors de la contraction du bassinet de l'urine purulente, charriant souvent des lambeaux de tissus. Chez le malade l'urine de l'un et de l'autre uretères était à peine troublée, et ce qu'on trouvait en fait de principes anormaux pouvait être aussi bien attribué à la partie inférieure des uretères qu'à leur partie tout à fait supérieure et aux bassinets. Ce qui me fait croire qu'il n'y avait pas de pyélite, c'est que sans traitement local des bassinets (je ne prescrivis que l'urotropine et des lavages de vessie pendant quelque temps), le malade après deux mois avait une urine parfaitement limpide.

Il y a une année à peu près que je l'ai revu, quatre ans après l'avoir traité et la guérison paraissait être définitive.

Permettez-moi de vous parler encore d'un cas curieux :

Un malade de 36 ans se plaint d'être obligé d'uriner toutes les demi-heures, de jour comme de nuit. Il le fait chaque fois longtemps et péniblement. A ma grande surprise je m'attendais à le trouver atteint d'une cystite et d'un rétrécissement urétral; les deux portions d'urine étaient parfaitement normales. L'examen permit de constater plusieurs rétrécissements dont un infranchissable. Je fis l'urétrotomie interne et la dilatation rapide, c'est-à-dire que dès le premier jour le n° 28 Charrière fut introduit. Le malade urina dès lors très facilement et à jet

Digitized by Google

bien nourri, mais il continua à le faire à chaque instant. Un examen me prouva que la capacité de sa vessie s'arrêtait à 70 grammes au maximum. Je joignis à la dilatation de l'urètre la dilatation progressive de la vessie. Au bout de trois semaines celle-ci tolérait 200 grammes, ce qui me permit de faire la cystoscopie. L'image qui se présenta fut très inattendue et difficile à expliquer. La muqueuse de la vessie était d'une coloration parfaitement normale, mais des cordons cicatriciels se croisant en tous sens, partaient de la paroi d'un côté pour s'insérer sur l'autre paroi horizontalement et verticalement.

Le malade n'ayant pu fournir que des renseignements très vagues sur la marche antérieure de son affection, la provenance de ces brides est assez difficile à expliquer. Il ne s'agissait pas d'une « vessie à colonnes », le bec du cystoscope ayant pu circonvenir chacune des brides de tous les côtés. Une explication admissible me parait la suivante : Une cystite ulcéreuse, évoluée antérieurement, aurait permis à la muqueuse ulcérée (la vessie étant vide) de contracter des adhérences avec la paroi opposée. En se remplissant périodiquement la vessie aurait exercé une traction lente et systématique sur ces adhérences et finalement aurait fini par les étendre en longueur et par leur donner la configuration constatée.

Au point de vue thérapeutique, abstraction faite du « cystoscope à opération » de Nitze, que ce chirurgien est à peu près seul à manier avec succès, le cystoscope n'entre en ligne de compte que pour le *cathétérisme des uretères*.

Cette manipulation assez difficile et demandant beaucoup d'exercice de la part de l'opérateur, a perdu beaucoup de sa raison d'être pour le diagnostic depuis que nous avons le *séparateur des urines de Luys*, et d'autres instruments analogues. En effet, quand il est nécessaire de séparer les urines provenant des deux reins pour un but de diagnostic, le séparateur remplacera bien souvent le cathétérisme urétéral.

Par contre celui-ci garde toute son importance thérapeutique et donne souvent des résultats immédiats dans les cas de crises néphrétiques, d'hydronéphrose, d'obstruction ou de torsion d'un uretère ; il est nécessaire quand il s'agit de lavages ou de drainage d'un bassinet, et on a souvent recours à lui pour rendre les uretères facilement palpables à travers les tissus voisins ou pour fixer la situation exacte de ces canaux lors de certaines interventions dans leur voisinage.

Digitized by Google

Au point de vue de l'infection des voies urinaires supérieures ce cathétérisme n'est pas si dangereux qu'on le craignait à ses débuts, mais il est évident qu'il doit être pratiqué avec circonspection et d'une façon aussi aseptique que possible quand il paraît être indispensable malgré l'infection de la vessie.

Fig. I. Fig. II.

Fig. IV. Fig. III.

Les figures ci-dessus ont été obtenues à l'aide du cystoscope à photographie. Elles représentent :

Fig. I. Une épingle à cheveux placée en travers de la vessie.

Fig. II. Les deux extrémités de cette épingle, et une petite ulcération pouvant être due au frottement produit par l'une de ces branches pointues.

Fig. III. L'ulcération après l'éloignement de l'épingle.

Fig. IV. Une sonde urétérale engagée dans l'uretère droit.

Digitized by Google

Traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine primitive de Koch. Résultats cliniques

Communication à la *Société vaudoise de médecine*, le 2 décembre 1905

par le Dr Jaquerod (Leysin)

Lorsqu'en 1890, Koch lança dans la pratique sa célèbre lymphe, la mortalité par tuberculose augmenta dans des proportions telles, qu'on s'empressa de rejeter ce dangereux médicament de la thérapeutique anti-tuberculeuse. Toutefois les malades traités alors ne moururent pas tous, quelques-uns même guérirent et vivent encore aujourd'hui. Il serait intéressant de rechercher tous les malades traités en 1890 par la lymphe de Koch et qui vivent encore ; nous pensons qu'on en retrouverait un nombre assez respectable. Pour notre part nous en connaissons personnellement deux, chez lesquels on constate encore des traces de lésions cicatrisées, mais qui, depuis quatorze ans, n'ont jamais eu aucune rechute. Ce sont sans doute des faits semblables qui ont engagé un certain nombre de médecins à ne pas abandonner l'espoir de pouvoir un jour se servir utilement d'un produit doué d'une action spécifique aussi remarquable. De tous côtés on a cherché, soit en modifiant le produit primitif de Koch, soit en en variant le mode d'emploi, à le rendre utilisable dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Nous ne ferons pas l'historique des nombreuses tuberculines qui ont vu le jour après la découverte de Koch. On trouvera dans un article très documenté publié par le Dr Guinard [1], d'amples renseignements sur ce sujet. Jusqu'à aujourd'hui on a fabriqué environ trente tuberculines « nouvelles », qui en général ne diffèrent pas notablement du produit primitif de Koch. C'est toujours la même action élective sur les tissus atteints par le bacille et sur la température, avec une intensité d'effets plus ou moins marquée. Quelques-unes de ces tuberculines sont restées dans le domaine scientifique pur. Les autres ont été lancées dans la pratique. Bien qu'au dire de leurs inventeurs, chacune d'elles soit douée de propriétés nouvelles, nous ne connaissons pas un seul fait clinique qui démontre une action fondamentalement différente de l'action de la tuberculine primitive.

[1] Guinard. Les tuberculines de Koch et les extraits de bacilles tuberculeux, *Revue de la tuberculose*, 1902.

Digitized by Google

La plupart de ces tuberculines « nouvelles » sont des préparations encore peu étudiées, à effets incertains et par conséquent difficiles à utiliser dans la pratique.

Quelques médecins, en Allemagne surtout, sont restés fidèles à la vieille tuberculine de Koch et, sans rien changer au produit lui-même, ont cherché à l'utiliser, en suivant une méthode qui le rende absolument inoffensif.

On sait qu'au début la dose initiale injectée était de un centigramme environ de tuberculine pure. C'est cette dose qui provoquait des réactions fébriles intenses, suivies d'une augmentation des phénomènes inflammatoires et parfois de généralisation. Des doses initiales de un ou deux milligrammes peuvent déjà provoquer de fortes réactions, durables et dangereuses chez des tuberculeux pulmonaires avérés. Mais on n'a pas tardé à remarquer qu'il s'établissait une sorte d'accoutumance de l'organisme à la tuberculine, et que les sujets qui avaient réagi plusieurs fois à certaines doses, ne réagissaient plus dans la suite à des doses encore plus fortes. Ce sont les vétérinaires surtout qui nous ont ouvert l'œil sur ce point, et c'est en s'appuyant sur cette propriété de l'organisme de s'accoutumer à la tuberculine, qu'on s'est basé pour établir la méthode actuelle de traitement.

Cette méthode consiste à injecter de la tuberculine en commençant par de très petites doses pour arriver peu à peu à des doses élevées, sans provoquer jamais aucune réaction locale ou générale appréciable. Déjà un grand nombre de médecins se sont déclarés partisans de cette méthode, nous n'en citerons que quelques uns[1]. Les médecins de sanatoriums allemands qui depuis plusieurs années emploient ce procédé, s'en déclarent satisfaits et ont remarqué que le nombre des guérisons et des améliorations de leurs statistiques avait sensiblement augmenté, depuis qu'ils associent le traitement par la tuberculine à la cure sanatoriale ou climatérique. (Petruschky, de Danzig; Moeller, de Belzig ; Kirchner et Kramser, de Berlin ; Turban et Spengler de Davos)[2].

Nous employons nous même la tuberculine de Koch depuis

[1] Ewald : *Berl. klin. Woch.*, 1890 n° 51. — Krause : *Deutsch med. Woch.*, 1895 n°s 6, 8, 43, 44. — Goetsch : *Ibid.* 1901 n° 25. — Spengler (Davos) : Therapeutische Resultate der Tuberkuline Behandlung, Davos, Richer 1892.

[2] Le traitement par la tuberculine dans les sanatoriums. *Versammlung der Tuberkulose Aertzte*, Berlin, 1er septembre 1903.— Moeller, de Belzig, Rapport annuel, *Zeitschrift für Tuberkulose*, Mars 1904.

Digitized by Google

deux ans, dans le traitement de *certains cas de tuberculose pulmonaire* et c'est le résumé de nos constatations cliniques que nous voudrions donner ici.

La tuberculine dont nous nous servons est la tuberculine primitive de Koch, qui nous est fournie par le prof. Tavel, directeur de l'Institut bactériologique de Berne. C'est un extrait glycériné de cultures pures de bacilles de Koch en bouillon, concentré et stérilisé à la chaleur de 100°, puis filtré sur filtre de porcelaine. Afin d'avoir un produit d'une activité toujours égale. la toxicité est calculée par l'épreuve sur les animaux. Une formule indique chaque fois la quantité d'eau qu'il faut ajouter à un centimètre cube (1 cc.) du produit, pour avoir une tuberculine normale au dixième, qui servira à faire toutes les autres dilutions. La tuberculine au dixième se conserve facilement pendant six semaines sans se modifier; les autres solutions doivent être préparées plus fraîchement (dix jours environ), si l'on veut avoir un produit à action toujours régulière et égale, ce qui est d'une importance capitale avec la méthode des doses progressivement croissantes. Quant au mode d'injection, il varie encore d'un auteur à l'autre. Comme nous l'avons dit, le principe est le suivant : commencer par une dose assez faible pour ne provoquer sûrement aucune réaction fébrile; augmenter progressivement la dose de façon à ce que la température ne s'élève jamais notablement (des réactions de un à deux dixièmes n'ont aucun inconvénient) ; ne jamais injecter une nouvelle dose avant d'être sûr que l'effet réactif de la précédente soit complètement terminé (deux à trois jours au moins). Quelques médecins commencent avec des doses presque infinitésimales (un dix-millième de milligramme = gr. 0,000.000.1) pour n'arriver qu'après des mois de traitement aux doses réactives d'emblée (deux à trois milligrammes). D'autres estiment qu'il faut agir plus vite, et ne pas craindre même de légères réactions.

Le mode auquel nous nous sommes arrêté, après avoir essayé différents procédés, est le suivant : Nous préparons quatre solutions; la solution à $^1/_{10}$, la solution à $^1/_{100}$, la solution à $^1/_{1000}$, et la solution à $^1/_{10000}$. Nous débutons par une division de la seringue de Pravaz (divisée en dix divisions pour 1 cc.) de la solution la plus faible à $^1/_{10000}$, ce qui équivaut à *un centième de milligramme de tuberculine pure*. Si une telle dose provoque une réaction fébrile, cette réaction est de courte durée et sans retentissement sur la lésion pulmonaire. Dans ce cas nous

Digitized by Google

attendons que la fièvre soit complètement tombée, et nous recommençons huit jours après avec la même dose. *Si la température s'élève de nouveau, nous estimons qu'il y a contre-indication absolue à l'emploi de la tuberculine* et nous l'abandonnons définitivement. Quand la première injection n'a pas provoqué d'élévation de température, nous injectons tous les deux jours (trois injections par semaine) une dose croissante de tuberculine de la façon suivante :

Solution à $^1/_{10000}$

1re injection,	un	dixième de seringue	=	1	centième de milligramme.
2e —	deux	—	—	2	—	—
3e —	trois	—	—	3	—	—

et ainsi de suite jusqu'à la seringue complète, puis nous passons à la 2e solution.

Solution à $^1/_{1000}$

1re injection,	un	dixième de seringue	=	1	dixième de milligramme.
2e —	deux	—	—	2	—	—
3e —	trois	—	—	3	—	—

et ainsi de suite jusqu'à la seringue complète.

Solution à $^1/_{100}$

1re injection, un dixième de seringue = 1 milligramme.
2e — , un dixième et demi de seringue = 1 mgr. et demi.
3e — , deux dixièmes de seringue = 2 milligrammes.
4e — , deux dixièmes et demi de seringue = 2 mgr. et demi.
et ainsi de suite jusqu'à la seringue complète.

Solution à $^1/_{10}$

Même progression par demi division de seringue, c'est-à-dire par demi centigramme.

Chez quelques malades nous avons cherché à augmenter sensiblement plus rapidement les doses et nous avons eu parfois des réactions, mais qui ont toujours été passagères et sans fâcheuses conséquences. Chez un malade, même après une réaction de 38°,9, l'expectoration a diminué de 6 grammes à 2 grammes (en 24 heures) et d'une manière durable. Mais nous ne saurions recommander d'une façon générale ce procédé qui, dans certains cas, peut présenter de sérieux dangers.

Avec la méthode de progression que nous indiquons, on fait un saut assez brusque à chaque changement de solution ; toutefois nous n'en n'avons jamais observé d'inconvénient. Quand la température augmente un jour de quelques dixièmes après

Digitized by Google

l'injection, il faut revenir en arrière de quelques doses dans les injections suivantes.

Chez quelques malades, lorsqu'on est arrivé à une certaine dose sans avoir provoqué de réaction fébrile, il arrive parfois qu'on ne peut plus augmenter les doses sans provoquer une élévation de température ; dans ces cas nous conseillons d'interrompre le traitement ou de continuer les injections sans augmenter la dose. Il importe en outre d'ausculter très souvent son malade, car il peut se produire des réactions locales sur le foyer malade, sans augmentation de température ; dans ce cas il faut abandonner immédiatement les injections et l'on verra souvent l'amélioration ou la guérison survenir quelques semaines après la cessation du traitement. Ces réactions locales, sans élévation de température, nous ont paru surtout se produire dans les cas à lésions diffuses et un peu étendues. Le mode de progression dans l'augmentation des doses, tel que nous l'avons indiqué, est relativement rapide ; et dans certains cas, au début surtout, quand on ne connait pas encore la sensibilité du sujet, il sera prudent de ne progresser qu'avec des doses moitié moins fortes que celles que nous avons indiquées.

L'injection se fait sous la peau du bras ou dans les muscles du dos. Nous la faisons de préférence sous la peau du bras. On voit parfois un peu de tuméfaction au point d'injection, ce qui ne présente du reste aucun inconvénient. L'injection se fait à n'importe quel moment de la journée et le malade ne change rien à son genre de vie ou à ses occupations.

Le nombre des malades que nous avons traités à la tuberculine depuis deux ans, dépasse trente. Nous nous garderons bien de donner une statistique de ces cas, encore trop peu nombreux et suivis pendant un laps de temps relativement court. Nous nous bornerons à signaler les faits cliniques les plus intéressants que nous avons constatés pendant le traitement.

Les cas traités concernaient tous des malades *afébriles*, du second ou du troisième degré, c'est-à-dire avec lésions ouvertes, avec ou sans cavernes, mais tous avec bacilles de Koch assez nombreux et constatables à chaque examen de crachats. Quelques uns ont été abandonnés dès la première ou la deuxième injection, pour les raisons énoncées plus haut (élévation de température avec des doses initiales excessivement faibles). Quelques-uns ont abandonné eux-même le traitement, par crainte ou dissuadés par leur médecin, après une série de cinq à dix injections.

Digitized by Google

Il nous reste encore plus de vingt cas, dans lesquels le traitement a été poursuivi assez longtemps pour qu'on puisse lui attribuer une valeur dans le résultat obtenu. Nous avons évité de commencer le traitement au moment où les malades arrivaient à l'altitude et nous avons toujours choisi des cas plutôt anciens qui, après une certaine période d'amélioration, ne faisaient plus de progrès ou qui avaient d'assez fréquentes rechutes. Nous avons évité également de prendre des cas fébriles et nous avons choisi des malades dont l'état général était encore bon, persuadés que ce sont là des conditions indispensables dans l'indication du traitement. Les doses maxima auxquelles nous sommes parvenu varient de un milligramme à cinquante centigrammes de tuberculine pure. Dans aucun cas nous n'avons constaté d'aggravation ou d'accidents spéciaux pendant le traitement.

Dans deux cas nous avons vu survenir la guérison d'une manière tout-à-fait inattendue et dans un un laps de temps très court (huit à dix semaines). Un des deux malades a obtenu la guérison lorsque nous sommes arrivé à la dose de un demi milligramme. Il avait présenté à deux reprises de petites réactions (38° à 38°, 2) aux doses de un dixième de milligramme et de trois dixièmes de milligramme. Le traitement a été poursuivi pendant quelques semaines après la guérison. Chez l'autre malade la guérison est survenue avec une dose de deux milligrammes ; il avait eu également une réaction de 38° à la dose de un milligramme. Le traitement à été poursuivi aussi après la guérison. Nous avons revu et suivi de nouveau ces deux malades une année après leur guérison. L'un d'eux avait augmenté de dix kilos après son départ. L'autre nous est revenu avec une *lues floride* de la seconde période, contractée quelques mois auparavant. Malgré cela, pas plus chez lui que chez son camarade, nous n'avons pu constater de bacilles dans les crachats, ni aucun signe de retour offensif de la maladie dans les poumons, pendant tout un hiver qu'ils ont passé sous notre surveillance. Ces deux cas concernaient des malades dont l'affection était relativement récente, cinq à six mois. Il est probable qu'ils eussent guéri sans tuberculine, mais nous tenons à constater le fait qu'ils se sont guéris pendant le traitement et dans un laps de temps beaucoup plus court que nous ne l'aurions supposé.

Chez un autre malade qui se soignait depuis trois ans sans résultat marqué, l'expectoration restant depuis longtemps stationnaire (10 à 15cc en 24 heures), les injections provoquèrent

Digitized by Google

une diminution très lente de l'expectoration. Ce malade eut la patience de poursuivre sont traitement pendant plus de six mois et, arrivé à la dose d'un demi-gramme de tuberculine pure, il n'avait plus d'expectoration. Les râles avaient complètement disparu, mais on entendait encore dans le foyer malade quelques petits crépitements secs à la toux forte. Un quatrième malade qui depuis trois ans passait l'hiver à l'altitude, n'obtenant chaque fois qu'un résultat d'amélioration passager et revenant toujours avec de la fièvre ou des lésions aggravées, s'est laissé traiter à la tuberculine à son quatrième séjour. Il est arrivé à la dose de trois milligrammes ; à ce moment l'expectoration avait un peu diminué (de 20cc à 15cc) mais contenait encore des bacilles de Koch en assez grand nombre. Le traitement fut interrompu parce qu'il me paraissait provoquer un peu de réaction sur le foyer malade (augmentation de petits râles crépitants fins). Or, six semaines après, bien que le malade continuât à cracher un peu, il nous a été impossible de constater le moindre bacille dans les crachats, les examens ayant été pratiqués très souvent pendant deux mois de suite. Les râles avaient disparu, mais on percevait encore quelques crépitements alvéolaires fins à la toux. Ce malade qui n'avait jamais travaillé depuis quatre ans a pris une occupation de bureau et depuis plusieurs mois se porte bien.

Les autres malades, dont une partie sont encore en traitement, ont tous obtenu un résultat d'amélioration bien net. Nous en avons revu quelques-uns, qui nous avaient quitté pendant plusieurs mois pour mener une vie assez active ; chez tous l'état du poumon s'est maintenu ; chez trois l'amélioration a continué et ils sont arrivés à un état très proche de la guérison.

En général, tous les malades traités se sentent plus forts et ont acquis une résistance plus grande à la fatigue et aux élévations de température. Les courses et les exercices qu'ils faisaient difficilement autrefois et qui souvent leur occasionnaient de la fièvre ou des accidents congestifs, ils les font actuellement sans inconvénient aucun.

Pendant l'hiver 1904 nous avons eu une assez méchante épidémie de grippe. Parmi les malades traités à la tuberculine, deux seulement ont été atteints et très légèrement ; ils ont eu de la fièvre pendant huit à dix jours, mais sans retentissement sérieux du côté du poumon ; l'amélioration a continué très

Digitized by Google

nettement après la chute de la fièvre et l'un d'eux n'avait plus de bacilles dans ses crachats trois semaines après sa grippe.

Nous citons ces faits parce qu'on a prétendu que la tuberculine activait la virulence des germes phogogènes (streptocoques, staphylocoques, pnemuocoques, etc.) et que ces germes se multipliaient plus facilement dans un milieu auquel on ajoutait de la tuberculine [1]. Le fait est peut-être vrai au laboratoire, mais il ne paraît pas l'être en clinique.

L'action de la tuberculine sur les tissus atteints par le bacille de Koch est bien connue et l'on comprend comment l'irritation inflammatoire provoquée par le médicament dans les régions malades puisse avoir une influence utile dans des cas de tuberculoses torpides, à condition toutefois que cette irritation soit très modérée et juste suffisante pour occasionner un peu de prolifération cellulaire et par suite de formation conjonctive cicatricielle. Mais en dehors de cette action histogénique locale, la tuberculine exerce encore une action biochimique, non moins importante à notre avis. Que la tuberculine soit ou non la vraie toxine du bacille de Koch, il est aujourd'hui démontré, qu'injectée dans un organisme tuberculeux, elle agit en excitant le bacille à sécréter ses toxines, puisque l'on peut provoquer des réactions fébriles en injectant de la tuberculine à des cobayes, qui ont été inoculés quelques minutes auparavant avec des cultures de tuberculose pure et qui n'ont par conséquent encore aucune lésion anatomique tuberculeuse (La dose de tuberculine injectée ne provoquant pas de réaction chez des sujets sains [2]).

Cette sécrétion de toxine, lorsqu'elle est provoquée lentement et par petite quantité, chez des sujets présentant une certaine résistance, peut parfaitement exciter l'organisme à produire une antitoxine. Il se ferait ainsi sur place, une sorte de sérothérapie naturelle, qui affaiblirait peu à peu la virulence du bacille, ce qui permettrait aux tissus de l'organisme de le résorber. On se rend compte par là du danger qu'il peut y avoir à injecter de la tuberculine à dose trop forte et, à notre avis, du danger non moins grand qu'il y a à injecter de la tuberculine, même à dose faible, à des tuberculeux fébriles, c'est-à-dire déjà incapables

[1] Voir : Klein, Tuberkuline Wirkung, Wien und Leipzig, W. Braumuller 1893.

[2] Voir : Marmorek ; *C. R. de la Soc. de Biologie de Paris*, 19 déc. 1903.

Digitized by Google

par leurs propres ressources de neutraliser les toxines sécrétées habituellement par leurs bacilles ; dans ce cas une injection de tuberculine ne peut que mettre de l'huile sur le feu et aggraver infailliblement la situation. Pour nous l'état fébrile est une contre-indication absolue à l'emploi de la tuberculine.

L'action dite *toxique* de la tuberculine primitive de Koch est liée intimément, chez les les tuberculeux, aux phénomènes de réaction inflammatoire locale et d'élévation de température. Cette action toxique qu'on a cherché à supprimer dans toutes les tuberculines postérieures, n'est pas aussi à redouter qu'on le supposait, puisque par la méthode que nous indiquons nous arrivons à en supprimer tous les dangers. Nous avons calculé que chez un de nos malades, dans l'espace de cinq mois, nous avons injecté en tout cinq grammes de tuberculine pure et à la fin du traitement ce malade supportait tous les deux jours des doses de 50 centigrammes de tuberculine pure, sans en ressentir aucun trouble ; bien au contraire, c'est à ce moment là que les bacilles ont disparu des crachats et qu'il s'est trouvé dans l'état que l'on appelle la guérison apparente.

Nous croyons que c'est uniquement par ses propriétés réactives que la tuberculine peut avoir un effet curatif. Le tout est de savoir rester dans des limites convenables et de ne pas dépasser l'effet utile. Et nous avons de la peine à croire qu'un corps tiré de la tuberculine ou des bacilles de Koch, qui n'aurait aucun effet réactif sur la température ou sur les lésions, puisse avoir une efficacité quelconque dans le traitement de la tuberculose.

Quoiqu'il en soit des explications données sur le mode d'action de la tuberculine, nos observations nous permettent d'affirmer que dans les *formes localisées*, *torpides et afébriles* de la tuberlose pulmonaire, c'est un médicament éminemment utile, à condition toutefois de s'en tenir strictement à la méthode et aux prescriptions indiquées, car il importe de rappeler qu'il s'agit là d'un produit dangereux à manier, une petite erreur dans l'emploi des doses ou dans l'observation du malade pouvant avoir des conséquences désastreuses.

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS

Un cas de syphilis maligne galopante compliquée d'alcoolisme.

Travail de la Policlinique universitaire de Lausanne. Directeur Prof. Dr Demieville.

Par le Dr J. Schwetz, assistant.

Si parmi les maladies qui affligent l'humanité, l'alcoolisme occupe une place en vue, il devient surtout néfaste quand il complique un autre état morbide chronique. Il nous suffit de mentionner l'influence trop connue de l'alcoolisme sur la tuberculose pulmonaire.

Quant à la syphilis, qui nous intéresse ici particulièrement, son aggravation par l'alcoolisme devient également de plus en plus évidente. Mentionnons, par exemple, les dernières recherches sur la paralysie générale qui tendent à prouver que cette maladie est le résultat de l'influence combinée du virus syphilitique et du poison alcoolique. Cette influence est du reste compréhensible, si nous considérons la ressemblance frappante que présentent l'action et la localisation des deux maladies : toutes deux attaquent volontiers le système vasculaire, le foie et surtout le système nerveux central.

Nous croyons par conséquent utile de publier *in extenso* la relation du cas d'une femme syphilitique et alcoolique, que nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement dans la clientèle de la Policlinique de Lausanne dès le début de l'infection jusqu'à son issue fatale.

Anammèse. — Mme X., 49 ans, mariée, ménagère.

Le 15 octobre 1904, je suis appelé à la voir à son domicile, et la trouve au lit. Elle raconte qu'elle a été atteinte de la grippe il y a deux semaines; depuis lors elle souffre de maux de tête et présente de « petits boutons » sur le corps, lesquels d'ailleurs ne la gênent pas. Un pharmacien consulté lui aurait dit que les boutons arrivaient quelquefois dans la grippe et lui a donné une poudre pour la purger. Comme cette purgation n'a pas fait disparaître les boutons, la malade s'est adressée à la Policlinique.

J'apprends que depuis dix ans elle boit beaucoup de vin et de cognac, et que, de temps à autre, elle reste ivre pendant des journées entières.

Status. — Femme de taille moyenne, bien constituée, un peu grasse, face un peu bouffie. Pas de maladies antérieures. Quatre accouchements à terme, normaux. Enfants tous vivants. Cœur et poumons normaux ; pas d'albuminurie, pas de fièvre.

Digitized by Google

A l'inspection on remarque que tout le corps de la malade est couvert d'une éruption maculo-papulo-squameuse de couleur jambon, présentant les caractères typiques des accidents secondaires de la syphilis. Cette éruption est particulièrement accentuée aux extrémités. Les ganglions cervicaux sont tuméfiés ainsi que les ganglions cubitaux.

A la petite lèvre droite, on constate une ulcération peu étendue à base très indurée, en voie de cicatrisation. A côté de cette ulcération on en voit encore quelques autres, moins profondes et moins indurées, d'un gris-sale, présentant tous les caractères des plaques muqueuses ; il n'en existe pas à la bouche ni à l'anus.

L'anammèse n'apprend rien sur l'origine de cette syphilis.

Après avoir expliqué à la malade de quelle affection elle était atteinte et lui en avoir indiqué toute la gravité, je lui donne les instructions nécessaires et lui ordonne de venir à la Policlinique régulièrement une fois par semaine pour suivre le traitement spécifique. En même temps je la prie de m'envoyer son mari.

Ce dernier, âgé de 45 ans, de taille moyenne, robuste, *tempérant*, se présente le lendemain. Il est atteint d'un chancre induré au gland, également en voie de guérison. Pas d'autres lésions muqueuses, ni cutanées. Il se dit très bien portant et ne se plaint de rien. L'anammèse n'indique également rien au point de vue étiologique.

Les deux malades sont traités par des injections de salicylate de mercure, d'après la formule suivante :

Hydrargyr. salicyl. 1,5.
Ol. vaselin. 15,0.
1 cc. pour une injection intra-musculaire, une fois par semaine.

Le mari reçoit huit injections, à la suite desquelles le chancre disparait ; on n'a constaté à aucun moment chez lui de lésions secondaires ; revu le 1er juillet 1905, il se porte très bien.

Quant à la femme elle n'a reçu que quatre injections, après lesquelles, voyant que toutes les lésions cutanées avaient disparu et quoiqu'elle ait été dûment avertie, elle n'est plus revenue pour le traitement, croyant que tout était fini.

Au commencement du mois de mars 1905, elle se réveille un matin complètement sourde ; l'examen local de ses oreilles n'y fait constater aucune lésion. Elle est adressée à un spécialiste qui ne trouve objectivement rien non plus, et qui déclare qu'il s'agit d'une surdité d'origine centrale.

Quelques jours plus tard la malade est atteinte d'une hémiplégie faciale gauche qui s'améliore peu à peu, mais qui ne guérit pas complètement. Il reste toujours un certain degré de parésie, une expression caractéristique de la face et de la lenteur de la parole.

Digitized by Google

On commence un traitement par la galvano-faradisation, mais, comme la malade ne vient pas régulièrement à la Policlinique, on le cesse et on prescrit 3 gr. d'iodure de potassium et 3 granules de 1 milligr. de strychnine à prendre chaque jour.

La malade devient très faible, apathique et marche à peine ; on apprend qu'elle continue à boire de temps à autre.

Le 15 avril, elle revient de nouveau à la Policlinique avec une éruption papuleuse siègeant aux extrémités et avec des plaques muqueuses aux amygdales. Elle souffre également à ce moment de fortes céphalées. On recommence le traitement mercuriel tout en continuant en même temps l'iodure de potassium.

Malgré la précaution qu'on a prise de lui prescrire un gargarisme au chlorate de potasse à employer plusieurs fois par jour, la malade néglige tous soins de propreté de la bouche et revient après la seconde injection avec une stomatite mercurielle très intense. On cesse le traitement hydrargyrique et on traite la stomatite par une toilette buccale à l'eau chaude phéniquée à 3-5 °/o, après laquelle on badigeonne les places ulcérées et érodées avec de la teinture d'iode ou avec du nitrate d'argent à 5, à 10 et à 20 °/o, on prescrit à nouveau des gargarismes fréquents. La stomatite s'améliore peu à peu, mais au bout de deux semaines elle n'est pas encore guérie. Mme X. ne revient plus à la Policlinique pour le traitement et s'adonne de nouveau aux boissons alcooliques.

Trois semaines après, le 10 juin, on m'appelle à domicile où je trouve la malade dans un état des plus graves. Elle souffre d'insomnies et de céphalées très fortes et est très agitée. Elle me reconnaît d'abord, mais bientôt elle ne fait plus attention à rien et se met à délirer en parlant d'assiettes qui, d'après elle, se trouveraient sur la table, mais qui, en réalité, n'y sont pas. Par moments elle veut sortir de son lit, mais elle en est incapable. En somme son état rappelle celui d'un malade atteint de délirium tremens ou d'une méningite au début. Elle est au lit depuis dix jours, et pendant tout ce laps de temps elle n'a pas pris d'alcool.

La stomatite n'est pas encore guérie. Aux extrémités on trouve toujours une éruption papulo-squameuse. T. 37°. Pouls rapide, mais régulier. Pas d'albuminurie. Quelques râles aux bases des deux poumons. Foie abaissé, indolore. Inappétence complète.

Traitement : Bromure de potassium, 3 gr. par jour ; bicarbonate de soude.

Le lendemain l'état de la malade empire ; le pouls devient encore plus rapide et irrégulier. T. 36,5°.

On peut enfin, à ce moment, décider la malade à entrer à l'hôpital, où elle meurt trois heures après son admission.

Digitized by Google

Extrait du protocole de l'autopsie faite à l'Institut pathologique, par M. le Dr Marullaz :

Cerveau : Oedème et stase veineuse prononcés. Quelques petits foyers d'artériosclérose dans les artères sylviennes. Rien de spécial à l'aspect de la substance cérébrale. Cervelet normal, ventricules un peu dilatés par du liquide clair.

Thorax : Dans les deux plèvres on trouve du liquide jaune-citrin, environ un demi litre de chaque côté. Quelques anciennes adhérences au sommet gauche. Rien de particulier aux poumons, à part un léger emphysème. Bronchite chronique peu prononcée. — *Cœur* : Le péricarde renferme environ 80 cc. d'un liquide jaune clair. Plaques laiteuses à la surface du ventricule gauche. Musculature brunâtre, très mince à droite. Ventricule droit dilaté. Rien d'anormal aux valvulves. Artériosclérose peu marquée à la crosse aortique.

Abdomen : Rate grosse, peu tendue, pulpe violacée diffluente riche en sang veineux. — *Capsules surrénales* normales. — *Reins* augmentés tous deux de volume. Capsule fibreuse faiblement adhérente. Substance corticale un peu épaissie, d'un aspect cireux. Hypérémie des bassinets. — *Foie* : Volume peu augmenté, consistance normale, paraît un peu jaune.

Organe génitaux normaux.

Emanen microscopique. — Cerveau : La substance cérébrale se colore moins bien que normalement. Les vaisseaux sont gorgés de sang. Les espaces lymphatiques des méninges sont dilatés ainsi que les vaisseaux sanguins.

Foie : Il existe des cellules hépatiques fortement agrandies ; quelques-unes atteignent plus du double de leur volume normal. D'autres sont finement vacuolées. En certains endroits la substance hépatique se colore mal et ne laisse apercevoir que des noyaux entourés d'un fin réticule teinté en rose par l'éosine.

Reins : L'épithélium des tubuli contorti est tuméfié, le lumen retréci. Foyers d'infiltration leucocytaire disséminés un peu partout, mais particulièrement autour et dans les glomérules. Parois vasculaires un peu épaissies et infiltrées de petites cellules rondes.

Rate ne présentant rien de particulier qu'une forte stase veineuse.

Les *labyrinthes* n'ont malheureusement pas été examinés.

Nous voyons donc ici se dérouler en huit mois les lésions syphilitiques les plus variables, depuis le chancre jusqu'aux paralysies suivies d'autres accidents nerveux terminés par la mort.

Ce cas, intéressant par lui-même, le devient encore davantage si on compare la marche de l'infection syphilitique chez la femme et chez le mari. Il est évident que la virulence a été la même chez les deux malades, de sorte que la cause de la différence dans l'évolution de l'infection doit être recherchée dans la prédisposition individuelle, dans l'inégalité de résistance du

Digitized by Google

terrain et dans la façon dont ils ont suivi l'un et l'autre le traitement prescrit.

Tandis que le mari subissait un traitement spécifique complet, la femme interrompait celui-ci à chaque instant; et surtout tandis que le mari menait une vie plus ou moins régulière, la femme continuait à s'adonner aux boissons alcooliques, affaiblissant ainsi son organisme déjà attaqué par la syphilis.

Sans vouloir entrer dans une discussion sur la curabilité de la syphilis, nous pouvons cependant tirer deux conclusions utiles de cette observation, conclusions, du reste, déjà bien connues : c'est que, si la syphilis peut être très grave par elle-même, elle le devient surtout quand elle se combine à l'alcoolisme et quand on en néglige le traitement.

Un cas de pyélonéphrite d'origine grippale.

par le Dr Narich.

Chaque épidémie de grippe revêt des caractères particuliers. Telle épidémie occasionne des complications pulmonaires, telle autre attaquera principalement le système circulatoire ou l'appareil nerveux; ces différentes complications sont attribuées, par plusieurs auteurs, à des degrés divers de virulence du microbe. Il importe de laisser à la grippe sa signification de maladie générale, se répercutant sur toute l'économie. Rappelons cependant les principales dénfiitions que les auteurs ont donné de cette affection.

Gintrac[1] l'appelle « une affection catarrhale épidémique caractérisée par une congestion ou une phlegmasie des muqueuses nasale, pharyngienne et laryngo-bronchique, avec mouvement fébrile plus ou moins intense, céphalalgie gravative, douleurs contusives des muscles et affaiblissement général ». Gintrac ne parle point de la nature de la grippe, le microbe spécifique véritable n'étant pas encore connu. Néanmoins, cette définition contient la précision nécessaire à l'observation clinique.

Dieulafoy[2] s'exprime ainsi : « la *grippe* ou *influenza* est une affection essentiellement épidémique, contagieuse, infectieuse, microbienne, qui intéresse surtout l'appareil respiratoire, et qui présente, en outre, une foule de localisations et de symptômes dont les caractères et l'intensité sont variables suivant les épidémies ».

Les multiples localisations, variant avec chaque épidémie, constituent ce que l'on appelle le *génie épidémique*.

[1] Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.
[2] Pathologie interne, 1901, p. 269.

Digitized by Google

La grippe, maladie généralement bénigne, évolue rapidement, puisqu'elle ne dure que quatre ou cinq jours en moyenne; la forme grave peu fréquente, n'est que l'accentuation des symptômes généraux dénotant une infection profonde de l'organisme; nous avons l'habitude de qualifier cet état de grippe infectieuse.

Les complications de la grippe, sont toutes celles des maladies microbiennes générales : les *catarrhes bronchiques*, les *broncho-pneumonies*, les *pneumonies* même, les *pleurésies* séro-fébrineuses ou purulentes. La *méningite*, la *méningo-myélite* constituent les complications de la forme nerveuse; les *embarras gastriques*, quelquefois graves, ne sont point des raretés. On a décrit encore des *localisations nasales purulentes*, des *paralysies oculaires*, diverses *éruptions cutanées*, des *otites moyennes supurées*. Il est dit, dans tous les livres classiques, que la *néphrite* est une complication fréquente de la grippe; on cite même des cas de mal de Brigt consécutifs à des néphrites d'origine grippale, avec albuminurie atteignant 4, 5 et même 6 grammes d'albumine par litre, bouffissure de la face, œdème malléolaire, etc.

L'observation suivante a trait à un cas de pyélonéphrite, de nature grippale, ayant évolué chez un homme jusque-la indemne de tout antécédent pathologique de son système urinaire et terminé par la guérison.

A. J. 30 ans, cultivateur. Petit, robuste, de bonne santé habituelle. Rien à noter comme antécédents dans ses voies urinainaires, n'a jamais été malade. Marié et père d'une fille de 10 ans, très bien portante.

Le 2 mars, début brutal; le sujet rentre chez lui courbaturé, brisé de tous ses membres, comme s'il avait été roué de coups. Céphalée intense, vertiges. Il s'alite, tousse sec. T. 38°,5, P. 100.

Le 3, la toux sèche continue. Le malade expectore quelques rares crachats rouillés. On note au niveau de la pointe de l'omoplate droite un point restreint de submatité. A l'auscultation, au même niveau un foyer de râles sous-crépitants. T. m. 38°.

Le 4, les mêmes signes persistent. La température baisse à 37°, le poul monte à 120.

Le 5, anxiété, vomissements continus, porracés, douleur vive localisée dans l'hypocondre gauche, spontanée, mais surtout provoquée par la pression. Les signes thoraciques disparaissent la céphalée également. Le ventre est légèrement ballonné. Les urines sont rares et déposent une quantité considérable de pus. La température baisse encore. Elle est le matin de 36°-3, tandis que le pouls est à 130. Faciès péritonéal. Albumine dans les urines. Tendance à la syncope. Mictions très fréquentes et douloureuses (cystite). — Théobromine 2 gr. Salol 2 gr. Glace sur le ventre.

Le 6, les vomissements diminuent. La douleur de l'hypocondre gauche n'est pas aussi vive que la veille. Le ventre n'est presque plus ballonné. Grande quantité de pus dans les urines.

Digitized by Google

Constipation. T. 36°. P. 120. Etant donné le péritonisme marqué de la veille et de l'avant veille, et la débâcle de pus par les urines, nous sommes conduit au diagnostic, quelque peu vague, de collection purulente, de nature grippale, vidée dans l'uretère gauche. — Salol à l'intérieur.

Le 7, même état.

Le 8, les vomissements et la douleur de l'hypocondre gauche reparaissent avec la même intensité. Faciès péritonéal. Pus dans les urines. T. 36°,2. P. 124.

Le 9, Même état. Vomissements porracés. T. 36. P. 130. Constipation.

Le 10, les voies urinaires sont soigneusement explorées : je note à peine un très léger rétrécissement de l'urètre pénien Le toucher rectal ne dénote rien du côté de la prostate. Le péritonisme continue. T. 39°,9. P. 130. Grande quantité de pus daus les urines. Diagnostic : *pyélonéphrite gauche d'origine grippale*, avec péritonisme. — Caféine, salol, glace sur le ventre.

Le 11. les symptômes s'accentuent ; l'état du malade s'aggrave ; la quantité de pus des urines diminue. T. 36°,5. P. 120 et filiforme. — Salol 2 gr.

Le 12, le malade est bien mieux, le péritonisme a disparu. Le pus persiste dans les urines, mais en moindre quantité. T. 37°,3. P. 100, mais bien dépressible.

Le 13, même état.

Le 14. tout rentre dans l'ordre. Presque plus de pus dans les urines. Le pouls diminue de fréquence, la température monte à 37°.

Le 15, urines limpides. Le malade est bien, mais fatigué et las de la crise qu'il vient de traverser.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Si les néphrites aigues, subaigues ou chroniques ne constituent point des raretés au cours de la grippe, la *pyélonéphrite grippale* n'a pas encore été décrite jusqu'ici. Le cas que je viens de citer, est typique comme entrée en scène d'une grippe ordinaire : le sujet sorti bien portant de chez lui, est pris au milieu de ses occupations d'une courbature brusque. Il est lui-même étonné de ce passage subit de la santé à la maladie ; c'est le coup de foudre grippal. A peine a-t-il le courage de regagner son foyer. Il s'alite, se plaint de céphalée, transpire et tousse pendant que sa température s'élève et que son poul s'accèlére. Dès les débuts j'observe un nombre considérable de pulsations, 100, 108, 120 au troisième jour, ce qui n'a rien d'étonnant, la tachycardie étant habituelle dans la grippe. Mais un incident se présente ; je venu dire cet état péritonéal inquiétant, caractérisé par des vomissements porracés, la constipation, la baisse de la température qui des environs de 38°,5 descend à 36° et même au dessous, pendant que les pulsations atteignent 130 à la minute. Faut-il encore ajouter à cela un faciès péritonéal accentué, un léger ballonnement du ventre et de fréquentes

Digitized by Google

tendances à la syncope. Puis une quantité énorme de pus apparaît dans les urines.

Fait important, le dixième jour, en même temps que le pus diminue sensiblement, tous les signes péritonéaux s'accentuent. Le lendemain, sous l'effet de tisanes diurétiques, une débacle urinaire se produit entraînant un dépôt purulent considérable.

Le péritonisme si net, observé au cours de cette grippe, ne peut être expliqué que de deux façons:

1° par la propagation directe de l'infection, étant donné le voisinage du rein avec le feuillet péritonéal.

2° par l'action des toxines du microbe sur le péritoine.

La propagation des éléments de l'infection du rein au péritoine semble difficile. En effet, l'on ne peut logiquement s'expliquer le passage des germes à travers le tissu rénal, la couche cellulo-graisseuse périrénale et le feuillet péritonéal. La deuxiéme proposition serait plus admissible; la grippe étant une maladie infectieuse générale, elle peut par les toxines des germes spécifiques qui l'occasionnent, altérer un organe déterminé de l'économie plutôt qu'un autre.

Ainsi dans le cas particulier que nous venons de citer, il s'agirait d'une *pyélonéphrite gauche d'origine grippale*, accompagnée de péritonisme dû au passage des toxines du rein dans la séreuse péritonéale.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU CANTON DE FRIBOURG

Séance du 22 janvier 1906

25 membres présents.

Le Dr *Raymond* fils est reçu membre de la Société.

Après la lecture des rapports du caissier et du président sortant de charge, on procède à l'élection du nouveau comité; sont élus: MM. Crausaz, *président*; G. Clément, *vice-président*; Jambé, *secrétaire*.

Sur la proposition de M. Treyer, la Société demandera son adhésion à la « Ligue contre la tuberculose » et désigne M. *Weck* comme délégué à cette ligue.

M. Clément présente, à cause de leur rareté relative, quelques séquestres provenant d'une *ostéomyélite de la clavicule*. Il rappelle que des nécroses, même très étendues, de cet os peuvent être suivies d'une régénération intégrale.

Il a opéré, dernièrement, un *goître rétrosternal* à trois lobes volumineux, dont l'extraction laborieuse exigea une résection profonde du

Digitized by Google

manubrium et dont le siège caché avait égaré les diagnostics sur la piste d'une affection pulmonaire.

Il fait circuler la photographie d'un homme de 53 ans qui, en septembre dernier, lui fut amené avec une *fraclure bimalléolaire* compliquée et infectée, avec phénomènes généraux inquiétants ; un pus nauséabond baignait les fragments osseux et l'articulation tibio-tarsienne ; la mœlle osseuse dégageait une forte odeur de putréfaction. L'intervention a consisté dans la *résection de l'épiphyse tibiale inférieure* et de la portion voisine de la *diaphyse*, sur une longueur de 10 cm., jusqu'en plein tissu sain, avec abrasion du cartilage articulaire ; la plaie fut laissée largement ouverte, sans qu'on cherchât d'abord à diminuer la brèche ainsi créée. Grâce au glissement progressif des deux fragments du péroné l'un sur l'autre, jusqu'à permettre le contact de la surface de section tibiale avec l'astragale, la jambe est actuellement simplement raccourcie ; le résultat fonctionnel de la nouvelle articulation tibio-tarsienne est excellent ; le pied est mobile et en bonne position et l'opéré préfère son extrémité ainsi conservée à la meilleure des prothèses.

M. Clément présente encore un *ostéosarcome de la grande aile du sphénoïde* enlevé à une femme de 62 ans, qui a succombé. La tumeur proéminait sur la face externe de cette aile, soulevant le muscle temporal et les téguments et, sur sa face orbitraire, faisant saillir le globe oculaire, qui put être conservé dans l'opération.

Il mentionne sommairement l'observation d'une *hémisection de la mœlle cervicale* par coup de couteau, avec syndrome de Brown Sequard, sur laquelle il se propose de revenir.

Au sujet d'un cas de *luxation récidivante de l'épaule*, réduite deux fois en 1904 et dix fois en 1905, il signale les diverses étiologies invoquées pour cette affection et les procédés opératoires, tour à tour préconisés ; dans le cas rapporté ici, la capsule était très dilatée, pleine d'un liquide filant et rougeâtre et communiquait avec une bourse plus superficielle et également volumineuse. L'arthrotomie, suivie du doublement de la capsule, selon Mikulicz, a donné un bon résultat.

M. Clément a observé avec le Dr Nicod, de Châtel-St-Denis, un cas rare de *pneumatocèle occipitale spontanée*, un peu plus grosse qu'une pièce de cinq francs. Malgré sa localisation franchement occipitale, assurément très exceptionnelle, sa relation avec les cellules mastoïdiennes était prouvée par le fait que le malade signalait spontanément un bruit de fuite d'air dans l'oreille gauche pendant la réduction de la tumeur gazeuse. La surface crânienne, après cette réduction, était irrégulière et présentait à sa circonférence une sorte de barrière de spicules osseux. Le patient ne se souvient d'avoir subi aucun traumatisme, ni d'avoir jamais souffert des oreilles ; cependant, la région mastoïdienne gauche forme, vue de derrière, une saillie plus accusée que la droite.

M. Clément a pratiqué à domicile et sans anesthésie locale, dans un cas de cancer de l'estomac *in extremis*, une *jéjunostomie*. Cette opération,

Digitized by Google

qu'on cherche de divers côtés à réhabiliter, ne sera sans doute que très rarement indiquée dans l'unique but de procurer le repos du pylore et la régression des ulcérations et des phénomènes spasmodiques qui peuvent y siéger ; c'est essentiellement une intervention d'urgence et c'est pour cette raison que les procédés compliqués en Y de Maydl et de Quénu trouveront rarement leur application.

L'*ulcère peptique du jéjunum* était une affection inconnue avant la gastroentérostomie ; c'est la chirurgie stomacale qui l'a créée. Le nombre des cas observés est heureusement restreint ; on en a réuni récemment une trentaine, empruntés, pour la plupart, aux travaux allemands. M. Clément en a vu se développer un sous la forme du *plastron*, soit péritonite localisée adhérente à la paroi abdominale antérieure, à la suite d'une gastroentérostomie double avec Y (procédé spécial décrit antérieurement) pour estomac biloculaire compliquant une sténose du pylore. Une incision exploratrice simple amena une détente sensible des douleurs ; cependant, celles-ci reprirent et persistèrent longtemps encore avec des alternatives de rémission ; l'induration au niveau du muscle grand droit n'a pas complètement disparu, mais le fonctionnement de l'estomac et l'état général se sont, malgré cela, parfaitement maintenus. Le rôle du chirurgien n'est donc pas terminé par le gastroentérostomie et l'hyperchlorhydrie exige encore un traitement médical prolongé.

M. Clément présente les pièces provenant d'une *torsion de l'utérus et des annexes*. Une tumeur mi-kystique, mi-solide, implantée, par un court pédicule, dans la région de la corne droite utérine, avait subi une torsion d'un tour complet dans le sens des aiguilles d'une montre sur ce pédicule ; l'utérus, lui-même, avec ses annexes, présentait une torsion de deux tours, dans le même sens, au-dessus de son col ; il était turgescent et de la couleur d'une cerise noire. L'hystérectomie abdominale subtotale eut des suites normales ; la malade, âgée de 59 ans, se porte bien. Le diagnostic de torsion d'un kyste avait été posé par le médecin traitant (Dr Reichlin).

Vu l'heure avancée, M. Clément remet à une prochaine séance la démonstration de deux pièces de *tuberculose intestinale sténosante* à foyers multiples, enlevées récemment.

Il démontre encore le *cystoscope de Luys* pour vision directe.

Le Secrétaire : Dr Jambé.

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MECINE

Séance du 2 décembre 1905.

Présidence de M. Auguste Dufour, président.

63 membres présents.

MM. *Buhlmann* et *Fauconnet* sont reçus membres de la Société.

M. H. Vulliet présente plusieurs malades :

1o Un garçon de 17 ans, atteint d'*accidents articulaires d'origine hémo-*

Digitized by Google

philique, qui a été déjà présenté, avec son frère. à la Société, le 18 janvier 1902[1]. Dès lors, l'état du genou a empiré et, les crises aiguës d'hémarthrose se répétant, l'articulation tendait à se fixer en flexion. M. Vulliet s'est décidé à sacrifier la jointure en l'ankylosant en bonne position. Le malade a porté pendant une année des appareils silicatés. Actuellement, l'ankylose est obtenue et l'état, général et local, est excellent.

Récidive fréquente des accidents aigus, multiplicité des jointures atteintes, multiplicité des sujets (mâles) malades dans une même famille, tels sont les signes caractéristiques de cette étrange affection.

2° Une malade de 46 ans, atteinte d'*occlusion intestinale aiguë* et opérée au quatrième jour des accidents. Elle avait, sept mois auparavant, subi une opération gynécologique au cours de laquelle l'appendice, trop long, avait été réséqué *préventivement*. Tout près de son abouchement au cæcum, l'iléon se trouva fixé et coudé à angle aigu par une bride courte qu'il a suffi de sectionner pour guérir la patiente.

A ce propos, M. Vulliet rappelle l'histoire d'un autre malade opéré également avec succès pour une occlusion intestinale aiguë par bride, six mois après une résection à froid de l'appendice vermiforme.

3° Une femme de 52 ans, en état florissant de santé après large *résection iléo-cœcale et iléo-colostomie pour tuberculose intestinale*. M. Vulliet mentionne les difficultés de diagnostic de siège et de nature de la tumeur cœcale et insiste sur les avantages qu'il y a à ne pas reculer devant une résection large (en attendant le sérum promis), même lorsqu'on rencontre quelques nodules à distance de la tumeur.

4° Une femme de 48 ans, présentant dans le flanc droit une tumeur qui fut prise pour un néoplasme du rein. Etat cachectique extrême et constipation opiniâtre depuis des années. L'opération montra qu'il s'agissait d'une tumeur inflammatoire due à une *péricholécystite calculeuse*, fixant, coudant et rétrécissant le gros intestin. On retira plusieurs gros calculs et on libéra l'intestin. Dès lors, l'opérée va à la selle spontanément et a augmenté de vingt kilos en deux mois. Elle a conservé une fistule stercorale, qui n'est pas encore entièrement fermée.

5° Un enfant de 5 ans, guéri d'un *prolapsus du rectum* par le « *cerclage de l'anus* »; cette opération est simple et facile : petite incision de la peau au-devant de l'anus ; par cette incision, entre puis ressort, après avoir cheminé tout autour de l'ouverture anale, une aiguille courbe munie d'un bon fil de soie ; on noue les deux chefs en rétrécissant l'orifice que « *calibre* » l'extrémité de l'index. Le petit orifice cutané est fermé par un fil. Dans le cas présenté, il s'agissait d'un prolapsus volumineux traité déjà, sans succès, par d'autres méthodes.

M. Roux a eu l'occasion de voir, à plusieurs reprises, comment se forment certains *cordons fibreux dans l'abdomen*. A la suite d'un processus

[1] Voir cette *Revue*, 1902, p. 179 et 826.

Digitized by Google

irritatif quelconque (péritonite aiguë, tuberculose, traumatisme, cancer même), il se produit à l'insertion du mésentère sur l'intestin, de petites amorces connectives qui sont, en tous points, semblables, macroscopiquement, au pannus des ophtalmologistes ; elles entourent, peu à peu, l'intestin et finissent, à l'occasion, par l'étrangler à la façon d'un anneau très net, complet, presque isolé et comme surajouté. On voit souvent, dans le même ventre, plusieurs de ces anneaux à différents stades de développement (surtout dans la tuberculose en voie de guérison). Quelquefois, au lieu d'anneaux circulaires, ce sont des cordons plus longs, plus compliqués ou plus étoffés, qui semblent même, au premier abord, offrir quelque analogie de structure avec le ligament rond de l'utérus. Pour M. Roux, bon nombre de cordons semblables, regardés comme ayant une origine congénitale, ne sont autre chose que le résultat de la condensation définitive de ces néoformations accidentelles. Là encore, un accident d'iléus ne saurait étonner.

M. Roux a observé aussi deux cas de *tumeur du rein* ayant respecté le colon ascendant, la tumeur restant en écharpe devant le colon.

Dans un cas grave de *prolapsus du rectum*, il a obtenu la guérison par des injections d'alcool et en maintenant le rectum réduit par un bouchon de gaze fixé avec du sparadrap.

Il présente un jeune homme atteint d'*extrophie de la vessie*, chez lequel il a fait, avec succès, l'implantation des uretères dans l'S romanum ; le malade garde actuellement son urine pendant deux heures dans le rectum.

M. Gonin, à l'appui des remarques qu'il avait exposées en juillet dernier sur la difficulté qu'offre, bien souvent, le diagnostic d'un *corps étranger dans l'œil*[1], présente deux malades chez lesquels le séjour d'un éclat de fer a produit les altérations caractéristiques de la *sidérose (Verrostung des Auges)* : iris couleur de rouille alors que l'iris de l'autre œil est gris ou verdâtre, cataracte de teinte jaune sale, abaissement graduel de l'acuité visuelle et rétrécissement considérable du champ visuel. Chez les deux malades, le traumatisme initial avait paru devoir être sans conséquence et ce n'est que dans l'espace de huit à douze mois que se sont manifestés les symptômes de sidérose.

M. Perrin fait une communication sur l'*endoscopie urétrale et vésicale* qu'il accompagne de présentation d'instruments et de démonstrations au mannequin. (Voir p. 66.) Il convie ses confrères à venir voir quelques-uns de ses malades.

M. Jaquerod fait une communication sur le *traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine primitive de Koch*. Il s'agit d'une méthode très répandue dans les Sanatoriums allemands et à Davos et qui consiste à injecter de la tuberculine en commençant par des doses très faibles (un centième de milligramme), pour augmenter progressivement,

[1] Voir cette *Revue*, 1905, p. 729.

Digitized by Google

sans jamais provoquer aucune réaction fébrile. On peut ainsi arriver à injecter, tous les deux jours, des doses de 0,50 gr. à 1 gr. de tuberculine sans provoquer de fièvre ni aucun phénomène d'intoxication. Cette méthode est sans danger et donne de bons résultats dans les formes afébriles, torpides et localisées de la tuberculose pulmonaire. Dans les formes fébriles, par contre, ce traitement est dangereux. (Voir p. 76).

M. Cevey : Il y a environ quatre ans que je m'occupe du traitement de la tuberculose par l'ancienne tuberculine de Koch. Je n'ai pas l'intention de faire, aujourd'hui, une communication complète sur les résultats auxquels je suis arrivé, mais je tiens à relever, dans l'exposé de M. Jaquerod, un certain nombre de points à propos desquels je ne puis me déclarer d'accord avec lui.

1° M. Jaquerod parle de nombreux cas d'amélioration et de guérison survenus, après l'emploi de doses de 0,001 à 0,0015 de tuberculine, chez des malades très peu atteints, il est vrai. Sans nier, aucunement, les améliorations constatées, je crois qu'il n'est guère possible de les attribuer à des doses aussi minimes de tuberculine, mais bien plutôt uniquement à la cure de repos et de suralimentation. Si l'on admet une action spécifique de la tuberculine, elle ne peut être qu'une action immunisante. Or, avec rien, on ne fait rien et il est impossible d'immuniser avec des doses de 0.001 à 0,0015. Pour ma part, je pense que la tuberculine ne commence à agir favorablement qu'à doses plus élevées, de quelques centigrammes au moins, probablement à partir de 5 à 10 centigrammes.

2° En regard des bons résultats qu'il reconnaît aux doses de 0,001 à 0,0015 de tuberculine, M. Jaquerod dit être monté, dans deux cas, jusqu'à 0,60 et il insiste sur le danger que présentent les doses élevées de tuberculine, qu'il faudrait, d'après lui, éviter absolument. Dans deux cas, également, je suis monté jusqu'à 0,65 et je n'ai eu qu'à me louer des résultats obtenus. Bien plus, je pense qu'on peut s'expliquer l'échec complet des premiers traitements à la tuberculine par l'insuffisance des doses et de la durée du traitement. Le tuberculeux est, en général, surtout un individu intoxiné, chroniquement empoisonné par les toxines provenant du foyer malade ; il faut donc, dans le traitement par la tuberculine, arriver à faire équilibrer au malade une dose de tuberculine supérieure à la quantité de toxine fabriquée dans le foyer malade et le mettre ainsi au bénéfice d'une immunisation antitoxique persistante. On verra, alors, la cachexie s'amender rapidement, l'appétit renaître, le poids augmenter, l'anémie et la tachycardie disparaître. D'autre part, les hautes doses de tuberculine ne sont absolument pas aussi dangereuses que le pense M. Jaquerod. Par un procédé particulier, je suis arrivé, à cinq reprises différentes, à faire supporter au malade une dose primitive de 0,025 de tuberculine avec réaction fébrile consécutive ne dépassant pas 38°1. L'immunisation a été continuée sur cette base là et, dans deux cas, l'augmentation de poids a dépassé deux kilos et demi en un mois.

3° M. Jaquerod n'admet, comme propres au traitement par la tubercu-

Digitized by Google

line, que les cas très légers et absolument afébriles ; il considère les fébricitants comme devant être exclus absolument du traitement. Je pense, au contraire, qu'on doit arriver à étendre, de plus en plus, l'indication de l'emploi de la tuberculine et qu'on ne doit pas exclure, systématiquement, les tuberculeux fébriles. Dans un cas, où je n'étais jamais arrivé à rien par la méthode lente, j'ai réussi à abattre la fièvre avec des doses de 0,025 et 0,05 de tuberculine. C'est précisément dans les cas graves qu'il faudra arriver, le plus rapidement possible, à une immunisation suffisante et à de hautes doses de tuberculine. Si l'on commence par de très petites doses et si l'on monte très lentement, il s'écoule des mois avant que le malade puisse sentir le moindre bénéfice du traitement et, pendant ce temps, il continue à s'affaiblir si bien qu'il n'est souvent plus possible de le guérir.

4° Il me semble qu'on ne peut guère tirer d'indications pronostiques, au cours du traitement, de la numération des bacilles dans les expectorations. On comprend très facilement qu'après la fonte et l'évacuation d'un petit foyer on doive trouver, pendant quelque temps, un grand nombre de bacilles sans que cela puisse faire penser à une aggravation dans l'état du malade, bien au contraire.

5° Je ne puis, personnellement, absolument pas admettre la théorie de M. Jaquerod concernant le mode d'action de la tuberculine d'après laquelle, si je l'ai bien compris, cette substance, injectée dans un but thérapeutique, exciterait chez les bacilles du foyer une sécrétion exagérée de toxine à laquelle serait due la réaction fébrile consécutive. Bien plus, M. Jaquerod admet que cette hypersécrétion de toxine, une fois déclanchée dans le foyer, peut, selon le cas, se prolonger et durer indéfiniment. Il voit ainsi, en dehors de toute réaction générale nuisible, la possibilité d'une réaction locale dangereuse (hypersécrétion de la toxine) à éviter à tout prix et nécessitant, d'après lui, un contrôle minutieux du foyer malade après chaque injection. Sans discuter à fond les faits sur lesquels M. Jaquerod appuie sa théorie, je me demande s'il est possible d'affirmer que les cultures tuberculeuses inoculées aux cobayes ne contenaient pas, justement, une certaine quantité de toxine qui, en s'ajoutant à la tuberculine inoculée, a suffi à déterminer la réaction observée.

Quoi qu'il en soit, l'action de la tuberculine me paraît s'expliquer tout différemment. Nous savons tous qu'un traumatisme, par exemple, créant dans un organe un *locus minoris resistentiæ,* pourra y localiser une infection tuberculeuse. A propos de son traitement par l'acide cinnamique, Landerer a montré que les cellules saines de l'organisme ne se laissent pas pénétrer par des substances nocives ou indifférentes, introduites artificiellement dans la circulation, mais que ces mêmes substances envahissent, au contraire, avec facilité, les cellules malades dont le pouvoir de défense n'est plus normal.

Koch, lors de ses premières communications, faisait déjà observer que la tuberculine affecte le tissu tuberculeux malade et non les masses mortes

Digitized by Google

caséifiées. L'explication la plus probable me paraît en être la suivante : Après l'injection, la tuberculine circule dans l'organisme en provoquant, suivant le cas, une réaction générale due à l'irritation des centres nerveux, puis elle vient se fixer dans les cellules malades du foyer tuberculeux. Nous pouvons nous représenter entre les cellules absolument normales qui limitent le foyer et les cellules nécrosées des masses caséeuses, toute une série de cellules malades, atteintes plus ou moins profondément, dont les unes pourront encore résister, les autres, au contraire, vont commencer à se nécroser. C'est sur ces cellules malades que va se fixer la tuberculine injectée : elle donnera le coup de grâce aux cellules déjà profondément atteintes et en amènera l'élimination ; elle stimulera, au contraire, les phénomènes de défense dans les cellules encore vigoureuses. La chimiotaxie positive plus grande due à la présence dans les cellules d'une plus forte quantité de toxine provoquera, dans le foyer, un état inflammatoire qui durera aussi longtemps que la neutralisation antitoxique de la tuberculine injectée n'a pas été obtenue.

Koch se proposait, autrefois, de provoquer, par une série d'injections de tuberculine, la nécrose de tout le tissu tuberculeux ; le traitement était suspendu dès que l'amélioration dn foyer paraissait suffisante. Les résultats immédiats parurent excellents, puis on vit bientôt partout des récidives survenir. Cependant, en dépouillant les cas traités alors en Allemagne, il est intéressant de remarquer que ce sont les chirurgiens qui ont employé les doses les plus élevées de tuberculine, sans doute parce ce qu'ils n'avaient pas d'accidents pulmonaires à redouter. Dans toute une série de cas, on trouve que leurs malades sont congédiés avec la mention « considérablement améliorés (*bedeutend gebessert*) », précisément après l'emploi de ces hautes doses de tuberculine.

Aujourd'hui, nous pouvons considérer le problème de la façon suivante : arriver le plus rapidement possible à l'immunisation antitoxique du malade ; la toxine diffusant des foyers tuberculeux est alors neutralisée au fur et à mesure de sa mise en liberté dans l'organisme, les cellules trop malades s'éliminent, les autres, soustraites à l'action de la toxine par suite de l'immunisation générale, ne se laissent plus envahir par le bacille tuberculeux ; en conséquence, la *lésion cesse d'augmenter ;* bien mieux, les cellules de la paroi, redevenues normales, réagissent à leur tour sur le foyer et en amènent la guérison par les procédés habituels de la phagocytose.

L'immunisation antitoxique doit être continuée très longtemps si l'on veut avoir des résultats durables.

Il serait très intéressant de voir aussi si, à cette *immunisation antitoxique*, il ne serait pas possible d'adjoindre, à un moment donné, une immunisation avec des produits extraits directement du corps des bacilles. Selon les lois générales de l'immunisation, ces produits devraient conférer au sang du malade traité une action bactéricide qui accélérerait le travail de cicatrisation du foyer. Il y a donc un grand intérêt à poursuivre les recherches de ce côté.

Digitized by Google

M. Hensler pense comme M. Cevey, que la *quantité de toxine nécessaire pour l'immunisation* doit être, certainement, pour la plupart des cas, beaucoup plus considérable que celle de 2 mg. de tuberculine de Koch, indiquée comme suffisante pour la guérison par M. Jaquerod. Ce dernier est évidemment sous l'impression des bons résultats obtenus dans son sanatorium d'altitude, mais il importe de ne pas généraliser ces faits. Chez des malades souffrant d'une tuberculose pulmonaire ouverte, il faut souvent faire un grand nombre d'injections, de sorte que quelques auteurs allemands ne trouvent pas que deux ans soient un temps très long pour obtenir une immunisation et il y en a qui ont calculé que tout le traitement, jusqu'à immunité complète, coûterait au malade de 4000 à 6000 marcs, cela, évidemment, sans les avantages d'une bonne cure hygiéno-diététique.

M. Hensler est absolument de l'avis de M. Jaquerod, que *les doses initiales doivent être très petites ;* $^1/_{1000}$ mg. à $^5/_{1000}$ mg. de la vieille tuberculine de Koch sont plus recommandables, au commencement, que les doses plus élevées. En tout cas, la dose initiale de 2 $^1/_2$ milligrammes que M. Cevey conseille d'employer dans certains cas, exposerait très souvent, semble-t-il, à des conséquences dangereuses. Toutes les tuberculines employées actuellement possèdent une toxicité prononcée, dont l'effet dépend de l'individualité des malades. Il est donc de la plus haute importance de commencer avec des doses infiniment plus petites pour s'épargner des surprises désagréables qui peuvent se montrer même avec un traitement moins brusque.

M. Hensler *ne pense pas qu'il soit indiqué de limiter les injections de tuberculine aux seuls tuberculeux afébriles.* Il a vu, au contraire, plusieurs cas très réjouissants où on avait, naturellement, augmenté toujours très prudemment les doses de tuberculine ; il en cite un, en particulier, paraissant être d'un fâcheux pronostic observé chez une malade qui, à son arrivée au Sanatorium, avait des accès fréquents de fièvre, dépassant 38°,5 et qui présentait un mauvais état général avec cyanose et manque d'appétit ; cette malade a certainement fait des progrès remarquables malgré ou, peut-être, à cause des injections de tuberculine. Pendant ces injections et au fur et mesure que les doses augmentaient, elle se rétablit à tel point qu'elle est, maintenant, toujours hors du lit et afébrile. Aussi, M. Hensler a-t-il trouvé le courage de remplir le formulaire pour l'admission de cette femme aux frais de l'Etat, tandis qu'auparavant il n'aurait pas osé la recommander à cause de son état précaire.

M. Hensler attire, en outre, l'attention sur un travail fait l'année dernière dans le service du prof. Leube, à Wurzbourg, où il fut démontré que *les injections de tuberculine avaient eu pour résultat, dans certains cas en voie de progrès, une augmentation notable des leucocytes polynucléaires neutrophiles.* Il paraîtrait ainsi justifié de considérer comme d'un bon pronostic cette hyperleucocytose limitée aux seuls neutrophiles polynucléaires. M. Hensler serait tenté de voir une *certaine connexion entre*

Digitized by Google

cette hyperleucocytose et les bons effets qu'il a observés après des injections de tuberculine dans des cas de légères hémoptysies, d'ordinaire répétées, paraissant provenir de foyers capillaires. A plusieurs reprises, il a vu les expectorations, qui étaient franchement artérielles, devenir d'une couleur rouillée et perdre toute trace de sang, parfois après une seule injection de tuberculine, alors que les hémostatiques généralement employés restaient sans effet.

M. Jaquerod insiste sur le danger très grand qu'il y a à injecter des doses trop fortes dans les cas afébriles. En ce qui concerne les formes fébriles, le danger est encore plus grand. L'observation d'un *cas unique* qui paraît avoir été influencé favorablement, n'a pas de valeur. M. Jaquerod a vu *plusieurs cas fébriles* dans lesquels l'injection de tuberculine à dose excessivement faible, a provoqué des troubles très graves.

M. P. Demiéville, ayant encore présent à la mémoire les résultats désastreux qui ont suivi les premiers essais faits avec la tuberculine de Koch, voudrait, s'adressant à M. Cevey, qu'on ne recommence pas les erreurs d'autrefois. Il insiste pour qu'on injecte des doses progressivement croissantes. Il croit, avec M. Hensler, que les tuberculoses fébriles sont justiciables du traitement par la tuberculine, mais à condition d'employer des doses faibles.

M. Cevey : En réponse à M. Demiéville qui a parlé des « hétacombes de victimes » lors des premiers traitements à la tuberculine, je fais remarquer qu'il est insuffisant de dire qu'il est mort beaucoup de malades, il faut encore établir de quoi ils sont morts. Il est évident que si, dans un poumon très malade, ayant une capacité respiratoire minime, suffisant à peine à assurer l'oxygénation du sang, on provoque brusquement une réaction inflammatoire violente, cette réaction diminuera encore la capacité respiratoire et, même, la supprimera complètement. Mais le malade meurt étouffé, non empoisonné par la tuberculine et on ne peut tirer de sa mort aucun argument établissant une toxicité particulièrement grande de cette substance. Du reste, je n'engage pas du tout mes collègues à commencer à traiter leurs malades par des doses de 0,025 de tuberculine, je dis seulement que la chose est possible.

M. E. Demiéville, d'Yverdon : Je soigne actuellement cinq cas de tuberculose pulmonaire par la tuberculine de Béraneck et suis très satisfait des résultats obtenus jusqu'ici.

Le premier est un cas très grave : il s'agit d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire aiguë, compliquée de tuberculose péritonéale. Lorsque je le vis pour la première fois, il présentait tous les symptômes d'un œdème pulmonaire aigu ; l'état général était très mauvais, la température à 40°, le pouls à 160. J'eus recours, après quelques jours, aux injections de tuberculine Béraneck ; je fis d'abord une fois, puis deux fois par jour des injections de 2 cc. de la solution N° 1, titrée au 1/20 ; je n'ai pas remarqué d'élévation de température le soir, mais le caractère de la courbe de température avait un peu changé ; elle affectait le type continu

Digitized by Google

de rémittente qu'elle était auparavant ; les phénomènes de congestion diminuèrent, le pouls s'améliora en partie aussi sous l'influence de la digitale. Depuis trois jours, en outre, la fièvre a baissé d'un degré. On ne peut donc pas dire que la tuberculine ne doit pas être employée dans les cas aigus, mais il est évident qu'il faut l'employer avec une grande prudence ; de très petites doses, répétées deux fois par jour, sont préférables, car on évite ainsi les phénomènes d'intoxication et on stimule continuellement la phagocytose et la formation des antitoxines.

Le second cas est également un cas aigu de tuberculose pulmonaire, compliqué d'hémoptysies formidables et d'un abcès de l'os iliaque provenant d'un foyer tuberculeux. A la première ponction, je retirai 60 cc. de pus de l'abcès et me rendis compte, au moyen de l'aiguille de la seringue, qu'on arrivait sur l'os, dénudé sur une surface égalant celle d'une pièce de cinq francs. J'injectai trois fois une quantité de 2 à 3 cc. de la solution titrée au 1/20 et je fis disparaître complètement l'abcès. L'état du malade s'améliore de jour en jour quant au poumon, grâce à des injections journalières de la même solution ; il n'est jamais survenu de nouvelle hémoptysie.

Quant aux trois autres malades, ils ont tous vu leur état général s'améliorer, l'appétit augmenter, la fièvre et l'expectoration diminuer.

Je ne puis donc que recommander vivement la tuberculine Béraneck ; son mode de préparation me semble plus rationnel que celui de la tuberculine de Koch, car Béraneck extrait par l'acide orthophosphorique les substances que Koch obtient par l'effet de la chaleur, ce qui peut, évidemment, transformer ces dernières. Comme effet, la tuberculine Béraneck me paraît être moins toxique que celle de Koch, bien qu'elle me semble aussi active.

M. Fauconnet confirme les observations citées par M. Hensler et faites à la clinique du prof. Leube, à Würzburg. Il a également constaté une leucocytose à la suite d'injections de tuberculine de Koch, faites dans un but diagnostique. Ses observations sont contenues dans un travail paru dans le vol. LXXXII du *Deutsches Archiv für klinische Medizin* et fait à la Clinique du prof. Krehl. Des travaux, datant de 1891, avaient déjà signalé cette augmentation de globules blancs consécutive aux injections de tuberculine.

D'après les résultats obtenus par M. Fauconnet, les neutrophiles seuls augmentent de nombre et dans des proportions souvent très considérables, tandis que les autres globules blancs diminuent, en revanche, non seulement relativement, mais aussi d'une façon absolue. Cette leucocytose a été observée chez plusieurs malades avant que la fièvre ait apparu et même dans certains cas où la dose de tuberculine injectée n'avait pas suffi à provoquer la réaction fébrile. A cette leucocytose passagère, succède une période où le nombre des globules blancs est inférieur à ce qu'il était avant l'injection.

M. Fauconnet n'a jamais pu constater l'éosinophilie qui se produirait,

Digitized by Google

selon quelques observateurs, à la suite d'injections de tuberculine. Il croit que cette opinion est le résultat d'observations incomplètes.

Au point de vue du traitement de la tuberculose par la tuberculine, il a rapporté, de ses observations cliniques, la conviction qu'il y a lieu d'individualiser et d'être prudent dans l'application de ce moyen thérapeutique.

Le Secrétaire : Dr A. Lassueur.

Séance du 10 Janvier 1906.

Présidence de M. Auguste Dufour, président.

50 membres présents.

MM. *Campiche*, à Lausanne, *Alfred Rossier*, à Vevey, *Stuart Tidey* et *Richard Wagner*, à Montreux, sont reçus membres de la Société. M. *Pitteloud*, à Echallens, présente sa candidature.

La *Société médicale de Genève* fait hommage, à la Bibliothèque de la Société, de l'intéressant ouvrage du Dr Léon Gautier sur la médecine à Genève jusqu'à la fin du XVIIIme siècle.

M. Aug. Dufour lit le rapport présidentiel sur l'année 1905. (Voir p. 106).

Le rapport du caissier et celui du bibliothécaire sont ensuite adoptés.

Il est procédé au renouvellement du Comité pour 1906 ; sont élus : MM. J. Gonin, *président ;* P. Vuilleumier, *vice-président ;* A. Lassueur, *caissier ;* Ed. Ceresole, *secrétaire ;* Aug. Roud, *bibliothécaire.*

M. Combe donne un court résumé des travaux faits dans son service pendant l'année écoulée :

1° *Traitement de l'autointoxication intestinale.* L'autointoxication digestive, comme l'ont démontré ses travaux antérieurs, se produit dès que les défenses de l'organisme sont insuffisantes ou dès que la putréfaction augmente dans l'intestin. Cette putréfaction s'accompagne d'une modification spéciale de la flore intestinale : diminution considérable des bacilles normaux (coli, lactis aerogenes, bifidus chez le nourrisson), augmentation souvent énorme des bacilles anaérobies protéolytes (proteus mesentericus, petrificus, acidophile, etc.).

Pour modifier ce bouillon de culture intestinal, nous disposons de quatre médications :

A. *Le régime lacto-farineux* qui amène la production, à l'état naissant, des acides lactique et succinique, lesquels détruisent les bacilles protéolytiques.

B. *Les aliments contenant du lactose et de l'acide lactique préformé :* petit lait, babeurre, kéfir, koumys, lait caillé, fromage frais, choucroûte, qui agissent comme le régime farineux, mais avec beaucoup moins d'intensité, acide et lactose étant rapidement résorbés.

Ces deux médications ont fait le sujet des travaux de ces dernières

Digitized by Google

années. Nous avons étudié, cette année, plus spécialement les médications suivantes :

C. *Les levures microbicides*. La levure de bière sélectionnée et cultivée en culture pure par la Zyma de Montreux, fait le sujet d'une première thèse, le ferment de raisins de Jacquemin celui d'une seconde. Ces travaux, entrepris sur la demande de ces deux sociétés, ne sont pas terminés. Comme conclusion provisoire, nous pouvons dire que ces deux levures, administrées à haute dose, ont une action incontestable sur la putréfaction intestinale qui diminue considérablement, mais seulement pendant que l'on continue la médication, car, quelques heures après qu'on l'a cessée, la putréfaction est aussi intense qu'auparavant.

D. *Les microbes antagonistes*. La Maya bulgare contient plusieurs microbes lactiques, comme l'a démontré Grigoroff. Le plus actif est le *bacille bulgare* ou *bacille de Massol*. La société, le ferment de Paris, prépare, sous la direction de Metschnikoff, des cultures pures de ce bacille qui peuvent être données aux malades, soit *pures* (liquides, solides, en capsules), soit par l'intermédiaire de *lait caillé bulgare*. Les travaux sur cette question ne sont pas non plus terminés, mais nous pouvons conclure provisoirement, de l'état actuel de nos recherches, que les cultures pures du bacille de Massol, données à forte dose, diminuent considérablement la putréfaction intestinale et que cette diminution persiste plusieurs heures après la cessation de la médication.

2° M. Combe présente un cœcum d'enfant contenant 18 *trichocéphales*, or, contrairement à la théorie de Metschnikoff, cet enfant n'avait jamais souffert de l'intestin.

3° Il démontre un enfant de 5 ans atteint d'*épilepsie Jacksonnienne droite*, suite de *polioencéphalite*. Aujourd'hui, l'enfant, qui avait jusqu'à vingt crises par jour, n'en a plus eu une seule depuis plus d'un an qu'il est traité au *régime déchloruré combiné avec le bromure*.

4° M. Combe a poursuivi, pendant toute l'année, l'étude d'un nouveau médicament du plus grand intérêt, la *fibrolysine* (natrosalicylate de thiosinamine). Ce médicament possède la précieuse propriété de ramollir le tissu conjonctif pathologique sans agir sur ce même tissu à l'état physiologique (Mendel).

Le premier cas traité concerne un enfant de trois ans qui, à la suite d'une trachéotomie, arrive avec une *sténose du larynx* et des crises de suffocation très graves. Après dix injections de fibrolysine dans les fesses, les crises disparaissent et la sténose du larynx, dessinée chaque semaine par le prof. Mermod, diminue rapidement.

Le deuxième est relatif à un adulte atteint de *rétrécissement cicatriciel du pylore*, suite d'ulcus. Vomissements fréquents. *Les peaux de pruneaux ne passent pas*. Amélioration rapide et cessation de tout symptôme de stase après vingt injections.

Plusieurs cas d'adhérences, de brides cicatricielles ont été favorablement influencés par le même médicament.

Digitized by Google

Un enfant de dix ans, atteint de *symphyse cardiaque* avec cirrhose cardiaque et ascite, a été très amélioré après vingt injections. Le cœur a repris sa mobilité et la cirrhose. elle-même, a un peu diminué.

Enfin, plusieurs enfants, atteints de *sclérose cérébrale*, ont été traités. Chez tous, l'état spastique a diminué, mais la paralysie n'a pas été sensiblement améliorée dans les cas anciens. Seul, un cas nouveau, datant de trois mois, a été favorablement influencé et l'enfant marche presque normalement ; la main, seule, n'a pas encore tous ses mouvements. Une épilepsie Jacksonnienne a été guérie, mais, comme elle a été traitée aussi au régime déchloruré et bromuré, on ne peut en tirer de conclusions.

Sans doute, il ne faut pas demander à la fibrolysine ce qu'elle ne peut pas donner. Même, en admettant qu'elle agisse toujours sur le tissu cicatriciel, elle ne peut agir sur des cellules détruites ou des fibres nerveuses dégénérées. Sans doute, lorsqu'il s'agit d'une symphyse cardiaque, il suffit de ramollir le tissus cicatriciel pour que le mouvement du cœur se détache ; lorsqu'il s'agit du rétrécissement du pylore, le passage du chyme dilate l'orifice rétréci, mais, dans dans tous les autres cas, il faut joindre à la fibrolysine le massage, les mouvements passifs et actifs qui, seuls, peuvent amener l'amélioration désirée, mais, même avec ces restrictions, ce médicament, s'il tient tout ce qu'il promet, mérite d'être essayé sur une grande échelle.

M. Cevey fait une conférence sur l'*absinthe*. Il étudie successivement les diverses essences qui composent la liqueur d'absinthe et illustre sa conférence par une série de projections qui montrent les effets physiologiques de ces essences sur des chiens.

M. Morax voudrait que le Comité fît une enquête auprès des médecins vaudois pour savoir s'ils ont observé des cas d'absinthisme et combien. Il est d'accord pour trouver que l'absinthe est une boisson dangereuse, mais il voudrait savoir si réellement l'absinthe est plus dangereuse que d'autres boissons.

M. Roux trouve l'enquête demandée par M. Morax inutile. Les médecins doivent être fixés sur les dangers de l'absinthe.

M. H. Yersin estime que l'absinthe n'est pas plus nuisible que d'autres boissons alcooliques. L'absinthe est le bouc émissaire des antialcooliques. Si on l'interdit dans le canton, elle y rentrera sous un autre nom, le fruit défendu étant toujours le meilleur. Si nous voulons émettre un vote ce soir, prononçons-nous contre l'usage de toutes les liqueurs, mais n'ayons pas l'air de vouloir protéger nos vins en interdisant l'absinthe.

M. Cevey insiste pour avoir l'opinion de la Société et demande un vote ce soir.

M. Yersin demande à ses confrères présents s'ils ont déjà soigné des absinthiques.

M. Taillens dit avoir vu plusieurs cas d'absinthisme. Il ne faut pas détourner la question ; on nous demande si l'absinthe est nuisible ; répondons par oui ou par non.

Digitized by Google

M. Aug. Dufour rappelle que la *Société médicale de Genève* a, le 8 novembre 1905, décidé de communiquer au Grand Conseil genevois la résolution suivante : « La Société médicale de Genève, pénétrée des dangers de l'alcoolisme en général et de l'absinthe en particulier, affirme ses sympathie pour tous les efforts qui sont faits pour les combattre ». Il propose de voter une résolution analogue.

M. Morax approuve la rédaction votée par la Société médicale de Genève.

M. Taillens ne la trouve pas assez catégorique.

M. Martin voudrait que la Société vaudoise répondit aux questions posées par le Conseil d'Etat à la Commission nommée par le Grand Conseil vaudois pour rapporter sur la pétition contre l'absinthe.

M. Cevey propose de substituer au dernier alinéa de la résolution votée par la Société médicale de Genève : « s'associe au mouvement de prohibition contre l'absinthe ».

M. Rossier propose : « s'associe à tout ce qui sera fait pour lutter contre ce fléau ».

A la votation, la proposition de M. Dufour, amendée par M. Rossier, est adoptée et la résolution suivante est votée : « La Société vaudoise de médecine, convaincue des dangers de l'alcoolisme en général, reconnaissant que l'absinthe, en particulier, est une liqueur de nature à nuire au bien-être public, s'associe à tout ce qui sera fait pour lutter contre ce fléau ».

Le secrétaire : Dr Edouard Ceresole.

Rapport sur la marche de la Société vaudoise de médecine en 1905

par le Dr Auguste Dufour, président.

Messieurs et chers confrères,

L'année qui vient de s'écouler a montré d'une façon très réjouissante la vitalité et l'activité toujours croissante de la Société vaudoise de médecine. D'importants travaux y ont été présentés, en nombre souvent si grand qu'il a fallu plusieurs fois interrompre de longues séances, vu l'heure déjà très tardive, sans avoir épuisé l'ordre du jour. Les médecins vaudois sont venus très nombreux à nos onze réunions et nous avons compté jusqu'à 60 et même 80 auditeurs attentifs et intéressés. Aussi nos discussions scientifiques ont-elles été très nourries, souvent assez vives, toujours instructives.

Des questions d'un haut intérêt social, d'une valeur considé-

Digitized by Google

rable pour l'avenir de notre pays tout entier ont été traitées devant vous cette année.

C'est d'abord la *lutte contre le carcinome de l'utérus* qui nous a occupés longuement. La Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse romande a pris en main la question et va publier des instructions destinées les unes aux médecins, les autres aux sages-femmes, les troisièmes au grand public.

C'est ensuite l'étude de la *mortalité infantile à Lausanne et dans le canton de Vaud* qui a rempli deux de nos séances. Cette question, actuelle entre toutes, puisque la décroissance de la mortalité des petits enfants n'est pas encore, chez nous, en rapport avec les progrès de la science, ne doit pas être perdue de vue. Et nous recommandons instamment au nouveau Comité de ne pas oublier les vœux excellents présentés par notre Société au Conseil d'Etat[1]. Nous n'avons été honorés jusqu'à présent d'aucune réponse, depuis le mois de mai dernier, pas même d'un accusé de réception, et nous ne pouvons rien faire de vraiment utile sans l'intervention de l'Etat.

Enfin, pensant à nous-mêmes, nous avons décidé, dans une réunion consacrée à la question de nos intérêts professionnels, de poursuivre l'étude de la création d'un bureau central pour le recouvrement des honoraires; nous avons confirmé notre tarif minimum; nous nous occupons de l'organisation du service médical auprès des membres des Sociétés de secours mutuels, et de l'assistance des indigents par les communes.

Sur le désir de la Chambre médicale suisse, nous sommes intervenus directement auprès de nos députés aux Chambres fédérales pour leur exposer les désirs du corps médical au sujet de la loi sur l'assurance militaire.

Et en parlant d'assurance, rappelons, Messieurs, que nous avons assuré notre bibliothèque contre l'incendie.

En 1905, la mort nous a enlevé notre doyen, le Dr *Victor Dumur*, et le Dr *Suchard*. Saluons encore une dernière fois aujourd'hui la mémoire de ces excellents et regrettés confrères.

Le titre d'*ancien membre* a été décerné à MM. *Marcel*, *Muret père* et *Martin*.

MM. *Amann*, *Galli-Valerio* et *de Mestral* ont donné leur démission.

[1] Voir *Revue médicale de la Suisse rom.*, 1905, p. 416.

Digitized by Google

En revanche 16 confrères ont été admis; et nous avons eu le bonheur de conserver parmi nous M. le Prof. *César Roux* que Bonn, puis Königsberg, voulaient nous enlever.

Les comptes rendus de nos séances étant publiés, je me bornerai, selon l'usage, à vous rappeler brièvement les communications qui vous ont été faites pendant l'année 1905, vous renvoyant à la *Revue médicale de la Suisse romande* pour de plus amples détails :

En chirurgie :

M. le Prof. *César Roux* nous a entretenus de ce qui arrive après l'opération de l'appendicectomie à froid. Il a présenté un cas d'implantation des uretères dans l'S romanum pour extrophie de vessie.

M. *Krafft* nous a présenté : 1° deux fragments d'aiguille retirés d'un doigt et leur radiographie ; 2° un bébé en incubation de rougeole, opéré d'hernie étranglée ; 3° un cas de hernie ombilicale opéré par la méthode Tavel.

M. *Gaudin* a démontré un nouveau porte-aiguille de son invention.

M. *Perrin* a parlé de l'endoscopie urétrale et de la cystoscopie avec démonstration d'instruments.

M. *Vulliet* a présenté : 1° un cas d'accidents articulaires d'origine hémophilique; 2° une opérée d'occlusion intestinale aiguë, à laquelle on avait réséqué préventivement l'appendice; 3° un cas de large résection iléocœcale pour tuberculose, avec iléocolostomie; 4° une opérée de tumeur due à une péricholécystite calculeuse; 5° un cas de prolapsus du rectum guéri par cerclage de l'anus.

M. *Rollier* nous a vivement captivés en nous montrant, avec malades à l'appui, l'influence de l'altitude sur les tuberculoses externes.

En médecine :

M. *Taillens* nous a exposé d'intéressantes considérations sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.

M. *Jaunin* nous a parlé du régime des diabétiques.

M. *de La Harpe* nous a raconté quelques cas de cinquième maladie et un cas de rougeole non suivi de contagion.

M. *Hensler* a exposé le rôle du sanatorium d'altitude dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et a présenté des malades.

M. *Jaquerod* a parlé de l'influence de l'altitude sur la ten-

Digitized by Google

sion artérielle chez les tuberculeux et de l'emploi thérapeutique de la tuberculine de Koch.

En gynécologie et obstétrique :

M. *Rossier*, puis MM. *Muret* et *Roux* ont éveillé notre intérêt pour la lutte contre le carcinome de l'utérus.

Des pièces anatomo-pathologiques ont été démontrées, par M. *Muret* : une tumeur fibreuse de la lèvre et du col de l'utérus ; par M. *Rossier* : un œuf de 12 à 15 jours provenant d'une grossesse extrautérine ; par M. *Krafft :* une pièce provenant d'une grossesse extrautérine.

En clinique infantile :

M. *Combe* nous a présenté des cas de diplégie cérébrale, de maladie de Little, de myxœdème, et des considérations sur l'anémie de l'enfance.

M. *Morax* a lu une étude sur ce très important sujet : que faire pour diminuer la mortalité infantile à Lausanne et dans le Canton de Vaud ?

En clinique dermatologique :

M. *Dind* a démontré des cas : de périostite syphilitique des doigts chez un hérédosyphilitique, d'épidermolyse bulleuse héréditaire, de tabes améliorés par le traitement mercuriel intensif, de kéloïde, de cancer du visage guéris par les rayons X, de nævus pigmentaire, de prostatiques améliorés par la sonde à demeure, d'érythème multiforme bulleux.

M. *Lassueur* a présenté un cas de kérion de Celse.

MM. *Galli-Valerio* et *Lassueur* ont fait une communication sur la présence de spirochètes dans les lésions syphilitiques, avec démonstrations.

En otologie :

M. *Mermod* a exposé la mise au point actuelle du traitement des suppurations chroniques du sinus frontal ; il a indiqué son traitement des otites aiguës ; il a promis de faire une enquête sur le rhinosclérome en Valais, et a présenté des cas de toutes les maladies dont il avait parlé.

En ophtalmologie :

M. *Marc Dufour* nous a entretenus des complications oculaires grippales ; il a présenté un cas de parésie des muscles de l'œil, suite de fièvre typhoïde.

M. *Gonin* a parlé des corps étrangers séjournant dans le fond de l'œil, et a présenté deux cas de sidérose.

En psychiatrie :

Digitized by Google

M. *Mahaim* nous a fait visiter l'asile de Cery; il nous a présenté des malades atteints de catatonie et nous a parlé de la démence précoce et du diagnostic différentiel entre la catatonie et l'hystérie.

Enfin M. *Morax* nous a exposé les observations qu'on peut faire, au point de vue médical, au projet de Code pénal suisse.

Mentionnons encore la visite aux divers Sanatoria de Leysin; les conférences du Prof. *Strzyzowski* sur la chimie biologique, et nous aurons ainsi rapidement passé en revue notre activité en 1905; activité féconde, vous le voyez, Messieurs, et je remercie, au nom de notre Société, tous ceux qui, par des travaux intéressants ou par une intervention utile dans les discussions, ont rendu nos séances si captivantes et si instructives.

Mes remerciements vont aussi, et très chaleureusement, à mes excellents collègues du Comité, et à vous tous, chers confrères, qui m'avez honoré de vos encouragements et de votre confiance.

Puisse la Société vaudoise de médecine continuer à grandir et à prospérer toujours!

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 14 décembre 1905, à l'Hôpital cantonal.

Présidence de M. Gautier, président.

28 membres présents, 12 étrangers.

M. Kummer présente :

1° Un homme de 68 ans, opéré, il y a 16 jours pour un *cancer du corps thyroïde*. Il rapproche ce cas de celui d'une femme de 60 ans, dont il montre la photographie et la pièce. Cette malade à laquelle M. Gautier et M. Tissot avaient conseillé l'opération a été atteinte de *strumite suppurée fistuleuse*. Le cancer épithélial, dont la structure fut vérifiée par l'examen microscopique, s'était développé à la circonférence inféro-externe d'un volumineux goître kystique fort ancien. Le diagnostic s'est surtout basé sur l'immobilité de la tumeur. La strumite s'était logée, sans raison connue, dans un gros goître colloïde, à compartiment unique et dont la paroi est le siège d'un dépôt calcaire. La symptomatologie des deux cas a été presque identique : Douleurs occipitales très fortes, augmentation rapide de volume, infiltration des parties voisines. Le diagnostic de strumite était évident par le fait de la présence de pus contenant du staphy-

Digitized by Google

lococcus aureus (Massol); quant au goître, siège de la suppuration, on ignorait avant l'opération s'il était bénin ou malin. L'examen histologique a fait savoir qu'il s'agissait d'un goître colloïde simple, sans dégénérescence maligne. L'homme est guéri, la femme en voie de guérison.

2° Une femme de 26 ans, ayant subi il y a trois semaines la *néphrectomie* pour *tuberculose du rein droit*. Traitée sans résultat, depuis cinq ou six ans, pour cystite chronique d'origine inconnue, cette femme du reste bien portante présente subitement en novembre 1905 une énorme tuméfaction du rein droit avec douleur et fièvre. La tumeur disparut spontanément au bout d'une dizaine de jours, mais le rein droit resta un peu gros. Urine trouble à dépôt muqueux, contenant de l'albumine (1 $^1/_2$ % environ), réaction neutre ou légèrement alcaline; dans le culot de centrifugation se trouvent de nombreux bacilles de Koch. A la cystoscopie on trouve des ulcérations au col de la vessie et une forte tuméfaction de l'orifice de l'uretère droit. Un pli spécial de la muqueuse empêche le cathétérisme de l'uretère gauche (Lardy). La séparation des urines, faite avec l'instrument de Luys, donne le résultat suivant : Urine beaucoup plus rare à droite qu'à gauche, plus trouble à droite, où elle reste trouble pendant toute la durée de l'expérience; à gauche urine légèrement trouble au début du cathétérisme, s'éclaircissant peu à peu presque complètement ; albumine à droite (1 $^1/_2$ % environ), à gauche traces d'albumine ; culot volumineux à droite contenant beaucoup de bacilles de Koch ; petit culot à gauche, avec de très rares bacilles. L'épreuve au bleu de méthylène donne un résultat normal. La recherche du point de congélation, considérée comme peu importante, n'a pas été faite.

Néphrectomie par incision lombaire ; la main passe à travers l'abdomen par une ouverture pratiquée au péritoine pour palper le rein gauche, qui paraît être normal. Suture du péritoine. Le rein droit étant basculé se trouve entièrement parsemé d'abcès, il est extirpé ; l'uretère, également tuberculeux, est suturé à la peau, en vue du traitement post opératoire. Suture de l'incision lombaire. Guérison par première intention.

L'opérée a une convalescence excellente ; elle n'a point été éprouvée, mais bien soulagée par l'opération ; les urines s'éclaircissent et arrivent au bout de quelques jours à la quantité normale ; elles ne présentent plus d'albumine et très peu de dépôt ne contenant plus de bacilles de Koch (Cristiani) ; leur réaction est acide. Augmentation du poids de la malade depuis l'opération. Excellent état général. Tout fait supposer que l'urétérite et la cystite tuberculeuses vont guérir spontanément, la source de l'infection, située dans le rein droit, étant supprimée. Dans des coupes microscopiques du rein extirpé on trouve des bacilles de Koch.

M. Girard présente :

1° Un malade qui a été atteint récemment d'une *fracture longitudinale du bassin par écrasement*, compliquée d'une *déchirure du rectum*, mais sans lésion intrapéritonéale ou vésicale ; au bout de deux jours *gangrène gazeuse* entraînant un emphysème et un décollement des téguments abdo-

Digitized by Google

minaux des deux côtés jusqu'au thorax. Le pronostic paraissait absolument mauvais, le pouls avait atteint 140, la température 39°,5 ; l'aspect général, était profondément septique. On fit l'essai de la méthode de Thiriar, *injection de gaz oxygène sous pression*, par les incisions pratiquées et d'où s'écoulait une sanie fétide. Le lendemain l'apparence du malade avait changé ; il se sentait subjectivement beaucoup mieux. Chaque jour on répéta l'injection d'oxygène et la progression de la gangrène gazeuse fut arrêtée. Au fémur gauche, du côté fracturé, où l'on avait omis de pratiquer l'injection d'oxygène, cette région paraissant encore indemne, une très large plaque de gangrène se manifesta. Il suffit d'injecter ici aussi l'oxygène dans le tissu cellulaire sous-cutané pour arrêter les progrès du sphacèle. Dès lors les plaies se détergèrent, les lambeaux de tissu cellulaire sphacélé se détachèrent, des bourgeons de bonne apparence se montrèrent. Actuellement, il n'y a plus que des plaies bourgeonnantes et l'état général est relativement satisfaisant bien que la température oscille encore entre 37,5 et 38,5°. On peut espérer une guérison.

2° Un malade opéré pour un *cancer du pharynx*.

3° Deux cas de *prolapsus rectal* par invagination sigmoïdo-rectale.

M. Long présente deux cas d'*atrophie musculaire progressive :*

Le premier malade est âgé de 23 ans, menuisier, sans antécédents héréditaires ni personnels. Il s'est aperçu il y a deux ans que son épaule droite était plus faible et se déformait ; depuis lors la faiblesse de cette épaule est allée en augmentant progressivement. On constate que l'omoplate droite se détache du tronc dans les mouvements d'élévation du bras *(scapula alata)*. Il y a une atrophie manifeste des muscles rhomboïde et trapèze de ce côté ainsi qu'un affaiblissement des muscles sus et sous-épineux et grand pectoral, mais les autres muscles du membre supérieur droit, du deltoïde jusqu'à la main, ont conservé une très grande force. Le côté gauche paraît indemne. L'examen des réactions électriques montre une diminution de l'excitabilité des muscles rhomboïde, trapèze, grand pectoral, grand dentelé à droite, sans réaction de dégénérescence. Les muscles rhomboïde et trapèze gauches réagissent moins que chez un sujet normal ; par contre les autres muscles du bras des deux côtés ont des réactions vives avec des courants de faible intensité. A cela se borne toute la symptomatologie ; pas de douleurs sur le trajet des nerfs. sensibilité intacte sous tous ses modes, pas de contractions fibrillaires, reflexes tendineux conservés. On doit poser ici le diagnostic d'*atrophie musculaire myophatique*, diagnostic qui d'après ce qu'on sait aujourd'hui ne peut être infirmé ni par l'unilatéralité de l'atrophie, ni par l'absence du caractère familial.

Le second malade est âgé de 59 ans ; c'est vers le mois de septembre 1904 que lentement et progressivement s'est installée une faiblesse des membres supérieurs ayant débuté par les mains avec extension consécutive aux muscles de l'avant-bras et du bras. Le malade est à présent

Digitized by Google

impotent ; en outre depuis un mois il tient mal sa tête et a de la peine à parler. On constate une atrophie musculaire très nette, les mains montrent le type Arau-Duchenne, les membres supérieurs sont grêles ; les muscles du cou, les masséters, l'orbiculaire des lèvres, les muscles de la langue sont pris. Aux membres inférieurs la force est conservée, mais les muscles des cuisses sont amaigris. Les contractions fibrillaires, intenses et fréquentes, sont visibles non seulement à la face, à la langue, au cou, aux membres supérieurs, mais encore sur le tronc, les cuisses et les mollets. Aucune douleur, aucun trouble de la sensibilité cutanée. Les réflexes tendineux sont exagérés aux membres inférieurs et on trouve de la trépidation spinale du pied sans signe de Babinski. Le reflexe massétérin est exagéré. Pas de troubles sphinctériens. Le larynx ne participe pas encore à l'atrophie. En résumé on se trouve en présence d'une *sclérose latérale amyotrophique* avec *poliomyélite antérieure progressive*, arrivée à l'étape cervico-bulbaire.

M. Girard pense qu'on pourrait essayer chez le malade atteint de dégénérescence myopathique un traitement chirurgical, c'est-à-dire ou bien fixer son omoplate à la cage thoracique par un corset plâtré, ou bien fixer l'omoplate à quelques unes des côtes sous-jacentes. Le malade aurait de nouveau un point d'appui pour les efforts.

M. Maillart croit que cette fixation aux côtes gênerait beaucoup les mouvements respiratoires.

M. Girard : On pourrait peut-être obtenir des pseudarthroses.

M. Bard montre deux malades présentant tous deux un *pouls lent*. Le premier a un pouls lent permanent à type habituel, c'est-à-dire que les contractions cardiaques perceptibles ont le même rythme que les pulsations radiales. Chez le second malade le tracé radial n'est pas le même que le tracé cardiaque ; il montre un pouls lent, tandis que le tracé cardiaque montre que le rythme du cœur n'est pas lent, mais qu'il y a une pulsation cardiaque avortée sur deux, cette pulsation avortée ne va pas jusqu'à la radiale. Chez ces deux malades ce qui varie c'est la contraction ventriculaire ; ce sont des degrés divers d'une même maladie. Ces différences se répercutent sur le pouls veineux.

M. Du Bois présente une malade que lui avait adressé M. Auguste Reverdin pour être soumise à un *traitement par les rayons X*. Il s'agit d'un *épithélioma* qui avait détruit le bord inférieur de la paupière gauche, et envahi la conjonctive en s'avançant même jusqu'au bord de la cornée. L'affection est en train de rétrocéder. La malade sera représentée plus tard.

M. Girard reconnait que c'est là un cas justiciable d'un traitement radiothérapique plutôt que chirurgical, mais il fait remarquer que si l'on veut entreprendre un traitement chirurgical, il vaut mieux le faire avant le traitement par les rayons X, ceux-ci altérant les tissus au point que les autoplasties sont rendues très difficiles à exécuter.

Digitized by Google

M. Oltramare présente :

1° Un malade atteint d'*ulcère variqueux* de la jambe droite, traité par la *méthode de Bier* et très rapidement guéri. A son entrée dans le service dermatologique, le 5 décembre 1905, on pouvait constater une large ulcération, taillée à pic, entourée d'une zône d'eczématisation, occupant toute la jambe droite, avec lymphangite douloureuse, remontant jusqu'à mi-cuisse. Au-dessus des malléoles, existait une large surface bourgeonnante, papilliforme. L'affection remontait à quatre ans, avec améliorations passagères, mais s'était aggravée depuis trois mois. Le traitement a consisté uniquement dans l'application quotidienne de la bande de caoutchouc pendant une heure. Actuellement, au bout de dix séances, la jambe est complètement guérie et le malade quitte l'Hôpital.

2° Une *hyperkératose palmaire et plantaire*, chez une femme de 69 ans, et dont le diagnostic étiologique est encore douteux. On peut de prime abord hésiter entre une syphilide et un eczéma kératosique. L'aspect même de la lésion ferait pencher pour la seconde alternative, mais d'autre part les commémoratifs apprennent que cette malade a eu il y a cinquante ans, de suite après son mariage, trois fausses couches de cinq mois. D'autre part, son mari est mort subitement d'une affection cérébrale à l'âge de 42 ans. L'hyperkératose, qui date de six mois, a été suivie depuis quelques semaines de douleurs rachidiennes et erratiques, pour lesquelles on a fait dans le service de médecine plusieurs ponctions lombaires, négatives au point de vue de la lymphocytose, mais qui ont soulagé la malade. L'iodure de potassium n'a produit aucune amélioration des lésions cutanées, ce qui n'a rien d'étonnant, mais sept injections de biiodure hydrargyrique à la dose de gr. 0,02 par jour, ont notablement modifié ces lésions, et fait disparaître les douleurs. M. Oltramare penche pour le diagnostic de syphilides palmaires et plantaires, en faisant remarquer l'époque tardive d'apparition des lésions (cinquante ans après l'infection, probablement par conception) et leur aspect un peu anormal.

M. Koenig montre :

1° Deux *jumeaux* d'un œuf, de 5 mois environ, sans amnios entre eux, dont les cordons se sont noués de telle façon qu'ils sont morts tous deux.

2° Un *embryon de trois mois* tué par le resserrement d'une anse dans laquelle il avait glissé son cou.

3° Un *fœtus de neuf mois* mort aussi par suite d'un circulaire du cordon qu'il avait resserré au moment de l'accouchement, car on avait constaté les pulsations fœtales peu de temps avant le travail.

4° Deux *placentas* dont l'un avec insertion vélamenteuse et l'autre marginé.

Le Secrétaire : Dr F. Guyot.

Digitized by Google

Séance du 10 janvier 1906

Présidence de M. Gautier, président.

35 membres présents.

M. Bourcart, à propos du procès-verbal, rectifie ses déclarations au sujet d'un cas dont il a parlé à la séance du 6 décembre dans sa communication sur « l'appendicite et le massage vibratoire » et qui avait fait l'objet d'une critique de la part de M. Bergalonne. M. Bourcart explique que, renseignements pris, il s'agissait dans ce cas, non d'un abcès périappendiculaire, mais d'une périproctite suppurée avec métastases dans le foie [1].

M. *Adrien Lasserre* est reçu membre de la Société. — M. le prof. *Gustave Julliard* est nommé, sur sa demande, membre honoraire.

M. Dupraz montre un *hygroma prérotulien* enlevé le jour même et remarquable par ses dimensions.

Le Président donne ensuite lecture de son rapport sur la marche de la Société en 1905 (voir p. 119).

Puis lecture du rapport du trésorier, M. Maillart, sur l'exercice écoulé. Les conclusions de ce rapport sont votées à l'unanimité. Décharge est donnée au trésorier pour sa gestion, après rapport des vérificateurs des comptes. Le projet de budget pour 1906 est voté; la cotisation est fixée à 20 fr.

Le bureau est élu comme suit : M. le prof. Bard, *président*; M. Maillart, *vice-président*; M. Ch. Julliard, *secrétaire*; M. M. Roch, *vice-secrétaire*; M. A. Roux, *trésorier*; M. Eug. Revilliod, *bibliothécaire*.

La Commission de la Bibliothèque (MM. Eug. Revilliod, Gautier et Vallette) et le Conseil de famille (MM. L. Revilliod, J.-L. Reverdin et Picot) sont confirmés dans leurs fonctions.

Le secrétaire, Dr Ch. Julliard.

Séance du 18 Janvier, à l'Hôpital cantonal.

Présidence de M. Bard, président.

27 membres présents, 11 étrangers.

M. Papadaki présente un jeune garçon de 13 ans atteint de *démence précoce*. Il a toujours été volontaire, entêté, poseur, très intelligent. Ses maîtres le disent capable, mais inattentif. Il y a quelques mois après la lecture d'un livre spirite il commence à émettre des théories étranges sur l'âme, l'esprit, le corps matériel et immatériel, etc. Il y a un mois, il prend une attaque épileptiforme avec gesticulations et cris : « ma raison

[1] La réponse de M. Bergalonne paraîtra dans le compte rendu de la séance du 7 février.

Digitized by Google

s'égare », etc. Actuellement il présente d'une façon très nette un ensemble de symptômes catatoniques, attitudes stéreotypées, inhibition toujours au même moment du même acte. Quand il s'habille il ne sait quel soulier mettre en premier. Il se mouche d'une façon savante, longue et compliquée et toujours la même. Il se couche aussi selon certains rites. Il fait constamment le signe de la croix, etc., etc. Son négativisme était beaucoup plus développé à la maison que depuis son internement à Bel-Air. Son intelligence n'a pas beaucoup baissé, quoiqu'il pose souvent au milieu d'une conversation des questions stupides : « puis-je me moucher ?... » etc. Sa faculté d'attention volontaire est fortement diminuée : il interrompt par exemple très rapidement sa lecture pour faire le signe de la croix. En revanche sa mémoire est restée bonne. Ses sentiments affectifs sont nuls ; il se préoccupe surtout de manger. Comme symptômes corporels il ne présente que de l'exagération des réflexes et de la dilatation pupillaire.

Le diagnostic d'hystérie devant être écarté, il ne reste plus que celui de démence catatonique. Le pronostic de ce cas est donc grave. Les symptômes sont peu prononcés actuellement, parce que la maladie est tout à fait à son début, mais dans trois ou quatre ans la démence complète sera probablement constituée.

M. Gœtz a été appelé au moment de la crise du mois dernier : l'enfant gesticulait, se démenait et ce qu'il y avait de particulièrement frappant, c'est qu'il cherchait machinalement à arracher un de ses boutons faisant toujours le même mouvement. Malheureusement on ignore tous les antécédents héréditaires de ce garçon. M. Gœtz confirme le diagnostic de démence catatonique.

M. Du Bois présente un enfant qu'il a eu à examiner pour lui faire un certificat scolaire, constatant qu'il n'avait pas de maladies contagieuses. Or ce garçon avait des lésions peu accusées du cuir chevelu ; cela paraissait être un impétigo banal, mais l'examen microscopique montra qu'il s'agissait de *favus*, diagnostic confirmé par les cultures d'achorion. Cliniquement, avec l'absence de godets jaune, d'odeur de souris, de perte de cheveux le diagnotic ne pourrait se faire.

A ce propos M. Du Bois rapporte qu'il a été consulté par un négociant de notre ville pour une maladie dont mouraient des souris de son magasin. M. Du Bois constata le favus sur une demi-douzaine de souris mortes qui lui furent apportées. Ayant fourni une souricière perfectionnée au négociant, M. Du Bois peut nous présenter une souris vivante présentant des lésions faviques. Une épidémie spontanée de favus chez l'animal est chose fort rare, mais voici ce qui est le plus curieux encore : les souricières même perfectionnées ne suffisant pas on introduisit dans le magasin un hérisson qui s'y contagionna et qui a du favus sur le nez et sur le sourcil.

M. Girard montre deux malades atteints de *tuberculose iléo-coecale à forme tumorale :*

1° Un jeune homme souffrant depuis huit ans de crises appendiculaires récidivantes qui se décide à se faire opérer à l'Hôpital cantonal en janvier

Digitized by Google

1905; son appendice est altéré et très adhérent; on tamponne la plaie qui guérit au bout d'un mois. Il rentre à l'Hôpital il y a quelques temps pour une fistule anfractueuse. L'opération très longue est pratiquée le 14 janvier en une séance. La fistule arrive dans un clapier et de là dans le cæcum. On extirpe une tumeur tuberculeuse du cæcum avec des ganglions caséeux. Il reste probablement quelques tissus malades, mais cela n'est pas incurable médicalement, grâce surtout à la tuberculine Béraneck.

A une question de M. Gœtz, M. Girard répond que ce malade n'a pas de symptômes d'une lésion pulmonaire.

2° Une femme de 33 ans portant une grosse tumeur du caecum. La douleur est peu intense et, s'il s'agissait d'une appendicite, ne serait pas en rapport avec la tuméfaction. Ce ne peut-être qu'une tumeur tuberculeuse ou épithéliomateuse. Le début aigu de cette maladie avec état inflammatoire léger, l'absence de ganglions, le bon état général accompagnant une tumeur de pareille dimension, la forme de l'induration, tout celà fait penser qu'il s'agit de tuberculose.

M. Witzenried a été consulté il y a deux mois par cette femme qui avait une première poussée aiguë à début brusque avec douleur, fièvre légère, vomissements. La région cæcale était indurée et douloureuse. Après une amélioration, il y eut une rechute au milieu de décembre. Le Dr Jeanneret consulté conseilla l'opération. Au début de janvier nouvelle poussée avec fièvre légère.

M. Jeanneret insiste sur la rapide augmentation de volume de la tumeur qui en trois semaines aurait presque doublé.

M. Bard croit que l'allongement de la tumeur en forme de cylindre dans la direction de l'intestin et l'absence de phénomènes graves d'obstruction doivent contribuer à faire diagnostiquer la tuberculose.

M. Girard présente encore une jeune dame sujette à des accès épileptiques ou tout au moins épileptiformes. On constate chez elle un aplatissement considérable de l'épaule gauche qui n'est dû ni à une diminution de volume de la tête de l'humérus, ni à une subluxation de l'épaule comme celles qui ont souvent été provoquées par ses chûtes. L'articulation de l'épaule est presque complètement ankylosée par suite d'une arthrite traumatique ; il y a là une *atrophie musculaire* portant surtout sur le deltoïde et qui est probablement consécutive à l'arthrite. L'atrophie se serait produite en un mois au dire de la malade.

M. Machard a été appelé deux fois en 1901 et 1902 pour réduire la luxation de l'épaule. La réduction était comme la luxation, très facile. L'atrophie existait déjà, mais il n'y avait pas trace d'arthrite.

M. Girard est très intéressé d'apprendre que l'atrophie musculaire a précédé l'arthrite et était simplement provoquée par les luxations répétées.

M. Bard présente un homme qui a fait plusieurs séjours à l'hôpital pour *ulcère de l'estomac* : il souffrait de douleurs et présentait de l'hyperchlorhydrie et une légère rétention, mais n'avait pas d'hématémèses. Il a appris à se laver l'estomac et use largement de ce traitement ; il en abuse peut-être. Le 13 décembre à 6 h. du soir brusquement il sent une douleur

Digitized by Google

en coup de poignard du côté droit de l'abdomen. Incapable de remuer il est porté sur son lit par sa femme. Cela ressemble fort aux symptômes d'une *perforation de l'estomac.* Sitôt après il se fait un lavage de l'estomac et il en est un peu soulagé. On le conduit à l'Hôpital où on se décide à temporiser. L'état général et local est allé en s'améliorant graduellement. Au début le malade présentait sous le foie une forte tuméfaction avec ballonnement douloureux, ses selles ont été quelquefois mélangées de sang noir ; l'apyrexie est restée absolue. Actuellement la douleur et la tuméfaction sont très diminuées. Il y a chez ce malade ou bien perforation enkystée ou bien péritonite de voisinage.

M. Girard a vu le malade à l'Hôpital : le diagnostic était très difficile il l'est encore plus maintenant. En présence de l'amélioration on a bien fait de ne pas intervenir puisque cette amélioration continue.

M. Bard présente un jeune homme offrant quelques lésions pulmonaires tuberculeuses peu accentuées, un petit épanchement graisseux et un *pneumothorax* qui s'est produit insidieusement.

Il y a un an ce jeune homme est tombé malade d'une bronchite fébrile. M. le Dr Gilbert constate peu après un épanchement séreux qui pendant le cours de l'été 1905 devient de plus en plus purulent. En décembre le malade attire l'attention du médecin sur un bruit de succussion hippocratique qu'il perçoit lui-même. Il s'est en effet formé un pneumothorax sans aucun symptôme aigu, sans qu'il soit possible de préciser le moment de sa production.

Il y a deux interprétations possibles : ou bien un pneumothorax *ex vacuo* après la ponction du liquide, ou bien une effraction de l'air par une vésicule d'emphysème rompue. Pour trancher la question de l'existence d'une fistule, le tintement métallique, le bruit fistulaire ne signifient rien. L'analyse des gaz a plus de valeur, mais est bien compliquée. La mesure de la pression au moyen d'un tube en communication avec la cavité par une aiguille fine et plongeant dans un verre d'eau[1] est simple et coucluante. Dans le cas particulier la pression était positive, mais un peu moins que dans le cas ordinaire de fistule franchement ouverte. Par les efforts de toux des bulles d'air sont expulsées, la pression devient négative un instant, mais elle remonte graduellement et revient à son point initial au bout de quelques mouvements respiratoires. Il y a donc une fistule, mais une fistule très petite, perméable des bronches à la plèvre, mais pas de la plèvre aux bronches. C'est ce qu'on a appelé la fistule à soupape, mauvaise expression, le tissu pulmonaire étant ainsi constitué que même sectionné il laisse passer l'air dans un sens et pas dans l'autre.

M. Girard réclame instamment à ce propos une chambre pneumatique qui permettrait d'opérer des cas de ce genre.

Le Vice-Secrétaire : Dr M. Roch

[1] Voir : Bard, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1901, p. 648.

Digitized by Google

Rapport sur la marche de la Société médicale de Genève en 1905.

Présenté à la séance du 10 janvier 1906

par le Dr Léon Gautier, président.

Messieurs et chers collègues,

Pour plusieurs raisons, ce rapport sur l'activité de la Société médicale de Genève pendant la quatre-vingt-unième année de son existence sera court.

En premier lieu, il n'y a pas eu en 1905 de grands événements dans notre vie sociale.

En second lieu, votre labeur scientifique est devenu si consirable que je dois renoncer à l'habitude chère à mes prédécesseurs de rappeler ici toutes les communications qui nous ont été faites, sous peine de voir ce rapport devenir ou bien un véritable volume, ou bien une sèche table des matières.

Enfin, votre président a beaucoup noirci de papier pendant l'année qui vient de finir. Il commence donc à avoir peur d'abuser de la patience de ses auditeurs comme de celle de ses lecteurs.

Notre Société commençait l'année avec 93 membres actifs et 7 membres honoraires, représentant ainsi presque exactement la moitié du corps médical du canton de Genève. Nous sommes aujourd'hui 94 membres actifs et nous possédons 9 honoraires.

Nos deux nouveaux honoraires sont le Dr *Auguste Barde* et le Prof. *Gustave Julliard* qui ont, à notre grand regret, estimé que l'heure était venue pour eux de passer dans le cadre de non activité. Nos meilleurs vœux suivent dans leur *otium cum dignitate* ces deux excellents collègues qui ont, tous deux, présidé la Société médicale et ont souvent contribué à l'intérêt de ses séances par leurs communications scientifiques.

Nous avons dû enregistrer la démission du Dr *S. Keeser* qui a quitté Genève.

Enfin, la mort nous a été dure en 1905; elle nous a enlevé trois collègues. Vous avez déjà pu lire dans la *Revue médicale* d'excellents articles nécrologiques destinés à rappeler la carrière des Drs Camille Reymond, Paul Glatz et Auguste Suchard et à donner la liste de leurs publications. Disons leur encore ici quelques mots d'adieu.

Digitized by Google

Le Dr *Camille Reymond* a souvent fait part à la Société médicale des résultats qu'il obtenait dans la pratique de l'orthopédie, spécialité qu'il cultivait avec adresse et succès. Depuis quelques années, une douloureuse affection médullaire l'avait éloigné de nos réunions.

Le Dr *Paul Glatz* avait présidé la Société en 1889. Un grand nombre d'articles et quelques petits volumes résument les efforts scientifiques de cet hydrologiste consciencieux qui a insisté l'un des premiers sur l'importance de l'élément névropathique dans les affections douloureuses du tube digestif.

Le Dr *Auguste Suchard* était pour nous un ouvrier de la onzième heure, puisqu'il n'y a que deux ans que ce sexagénaire était venu s'asseoir dans nos rangs. Mais, déjà antérieurement, Suchard avait profité à plusieurs reprises des loisirs saisonniers que lui laissait sa clientèle de Lavey, pour venir nous faire d'intéressantes lectures. Cet excellent confrère s'est efforcé d'être utile à ses semblables tant que le mal qui l'a terrassé lui en a laissé la force.

La Société a aussi perdu en 1905 un de ses plus anciens membres associés, en la personne de notre illustre compatriote le professeur *Kœlliker*.

Ces vides ont été comblés par l'admission de sept nouveaux membres, les Drs *Robert Odier, Doret, Collomb, Huguenin, Marc Dunant, Louis Aubert, de Trèves-Barber*. En souhaitant en votre nom la bienvenue à ces jeunes collègues, permettez-moi de leur souhaiter aussi de s'imprégner dans nos rangs des traditions de probité scientifique et de correction professionnelle que nous ont léguées nos devanciers.

La Société médicale a tenu en 1905 vingt séances consacrées à des communications scientifiques : neuf séances ordinaires au Casino, onze séances cliniques à l'hôpital cantonal. Les séances du Casino ont été fréquentées par 29, celles de l'hôpital par 31 membres en moyenne.

C'est ici que je devrais rapporter à chacun sa part dans ce travail en commun. Permettez-moi d'omettre cette longue énumération dont il vous sera facile de retrouver les éléments dans les numéros successifs de la *Revue médicale* où sont reproduits nos procès-verbaux. Mon imagination sent son insuffisance et renonce à trouver une phrase spéciale et sentie de remerciements pour chacun de ceux qui ont contribué à l'intérêt scientifique de nos réunions. Que tous ceux de nos membres et de nos amis

Digitized by Google

qui ont fait des communications, montré des malades, des pièces ou des appareils, reçoivent l'expression collective de la gratitude présidentielle. Et que, dans ce bloc, chacun prenne la part qui revient à la peine qu'il s'est donnée pour la Société.

Voici d'ailleurs la statistique de ce que nous avons entendu et vu dans l'année : On nous a fait 18 communications ne s'adressant qu'à notre mémoire auditive. On nous a présenté 82 malades, 27 pièces d'opération ou d'autopsie et un assez grand nombre de préparations microscopiques, de radiographies, d'appareils et d'instruments.

Une intéressante discussion sur l'épidémie de rubéole alors régnante, a occupé la séance de mai au Casino.

Les chiffres que je viens de vous donner montrent quelle part croissante prennent les séances cliniques dans le bilan de notre activité. Remercions la Commission administrative de l'hôpital cantonal du précieux matériel d'instruction dont elle nous met à même de profiter en nous ouvrant ses locaux. Remercions aussi les professeurs de clinique, leurs adjoints et assistants et tous ceux de nos collègues qui nous montré des malades intéressants confiés à leurs soins. Des cas ressortissant à la médecine interne, à la chirurgie, à la pédiatrie, à la dermatologie, à la psychiatrie, à la gynécologie, à l'ophtalmologie, à la laryngologie ont ainsi défilé sous nos yeux. On peut bien dire que ces séances cliniques sont de véritables revues générales de tous les départements de la médecine pratique. Elles sont donc éminemment utiles en fournissant aux membres de la Société et à leurs visiteurs l'occasion de connaître les progrès réalisés et les nouvelles méthodes de traitement employées dans les branches de notre art, qui ne sont pas l'objet direct de leur activité quotidienne.

Je ne voudrais cependant pas que cet éloge donné à nos réunions cliniques eût pour effet de décourager les travailleurs qui continuent à préparer des communications plus mûries et plus académiques pour nos séances du Casino. L'intime union de la pratique et de la théorie doit former la substance de notre travail en commun comme elle doit toujours être le principe directeur de tout médecin digne de ce nom. D'ailleurs, si nos travaux didactiques se faisaient plus rares, la rédaction de la *Revue* se plaindrait bientôt de famine et cette excellente publication nous rend tant de services que nous serions des in-

Digitized by Google

grats en ne lui fournissant pas une pâture suffisante et substantielle.

Outre la séance dn 4 janvier, dans laquelle vous avez entendu les rapports annuels et procédé à l'élection du Bureau, la Société s'est occupée de questions administratives dans deux séances extraordinaires.

La première a eu pour objet une révision de nos statuts. D'après un projet préparé par les soins du bureau de l'année 1904, la rédaction de plusieurs articles a été remise au point. Les deux seuls changements portant sur le sens du règlement ont été les suivants :

1° Le délai d'un an de pratique a été supprimé pour les professeurs de la Faculté appelés du dehors.

2° Tout docteur en médecine habitant dans le canton et gradué depuis plus d'un an peut désormais être admis dans nos rangs comme membre actif, même s'il n'est pas inscrit sur le tableau officiel des médecins autorisés à pratiquer.

Peu après le moment où nous avions légèrement modifié nos statuts, le Grand Conseil a, sans trop consulter le corps médical, beaucoup plus largement modifié les conditions légales qui nous régissent, en adoptant le projet de loi sur la pratique de l'art de guérir présenté par notre confrère, le Dr Chenevière.

Il est inutile de vous rappeler ces dispositions légales qui sont devenues assez différentes de celles du projet primitif à la suite de concessions faites à la demande de la majorité des professeurs de la Faculté. L'avenir seul permettra de juger les effets pratiques de cette loi qui ne se produiront que dans quelques années, puisque les étudiants en médecine qui ont commencé leurs études avant sa promulgation restent au bénéfice de la législation antérieure. Il faut, à mon avis, souhaiter que l'équivalence ne soit pas accordée trop facilement aux diplômes de fin d'études secondaires qui permettront d'aborder le nouvel examen cantonal. Je crois que la majorité de nos collègues regrette que le législateur n'ait pas maintenu le projet primitif qui réservait le droit de pratique aux porteurs du diplôme fédéral de médecin, avec une seule exception en faveur des professeurs de la Faculté appelés du dehors.

La seconde séance extraordinaire a été consacrée à la discussion d'un projet de convention entre la ville de Genève et notre Société, convention ayant pour but de régler la transmission de nos journaux et revues à la Bibliothèque publique. Signé aus-

Digitized by Google

sitôt après la séance où il a été adopté, ce traité est entré immédiatement en vigueur et nous n'avons qu'à nous louer des excellents procédés que nous avons rencontrés à cette occasion auprès du Conseil administratif et de la direction de la Bibliothèque. Dès lors, nos périodiques ont cessé de passer par notre local et vont directement de chez le libraire à la Bibliothèque. Sauf quelques critiques de détail, le nouveau mode de faire a recueilli l'assentiment général. Un grand nombre de nos membres sont devenus des habitués de la salle des périodiques et leurs travaux sont facilités par la réunion en un même lieu de tous les journaux médicaux que l'on peut consulter à Genève.

Plusieurs membres de la Société ont pris part au Congrès des anatomistes qui s'est réuni dans notre ville en août. Par le fait d'une absence de votre président et d'un malentendu postal qui l'a empêché de se faire remplacer, la Société médicale n'a pas été représentée à l'inauguration du buste du Prof. Hermann Fol. Il est d'autant plus fâcheux que nous n'ayons pas pris part officiellement à cette cérémonie que le regretté disparu était un de nos membres fidèles. Les plus mûrs d'entre vous ont gardé le souvenir des captivants travaux d'embryologie et de tératologie dont il nous a souvent fait part.

Une quinzaine de nos collègues se sont rencontrés il y a quelques semaines au Congrès de la tuberculose à Paris. C'est dans le wagon de retour que quelques-uns d'entre eux ont conçu le projet de créer à Genève un *dispensaire antituberculeux*. Les premiers mouvements intra-utérins de ce produit encore en gestation ont été perçus tout dernièrement dans la salle où vous êtes. Souhaitons à cette œuvre utile une heureuse naissance aussitôt suivie d'une féconde activité.

Vous aurez à désigner le délégué de la Société au futur Congrès international de médecine de Lisbonne qui doit se réunir au mois d'avril prochain. Le mois de septembre verra siéger à Genève le deuxième Congrès pour l'hygiène de l'habitation. Plusieurs d'entre vous font partie du comité qui s'occupe à préparer cette utile réunion.

Si nous passons maintenant les étroites frontières de notre canton, nous pourrons constater que nos relations avec nos excellents amis de la Suisse romande ont été aussi cordiales et aussi bien nourries que les années précédentes. Un nombre inusité de Genevois se pressait, le 2 novembre dernier, autour des tables du banquet de Beau Rivage, après avoir entendu

Digitized by Google

d'intéressantes communications dans la séance qui l'avait précédé.

Pour vous entretenir des affaires fédérales, le président passe maintenant la parole à votre délégué à la *Commission médicale suisse.*

Cette commission s'est réunie deux fois cette année et la Chambre médicale a siégé pour la seconde fois à Olten, le 2 avril dernier. Outre les menus faits courants, trois objets ont surtout occupé cette année nos organes centraux : la loi sur l'assurance des militaires, le nouveau projet de loi en préparation sur l'assurance-maladie et les questions touchant à la médecine qui sont abordées par le projet de Code pénal fédéral.

Vous vous rappelez les objections formulées surtout par nos confrères de Zurich contre deux articles de la loi relative à l'assurance des militaires. Il s'agit de l'article 18 qui rend presque obligatoire le traitement à l'hôpital en privant les militaires qui se font soigner à domicile de tout ou partie des indemnités auxquelles ils ont droit et de l'article 20, lettre *b*, qui rend le médecin traitant responsable de la déclaration à l'autorité sanitaire fédérale des maladies contractées par des militaires au retour du service. Le Prof. Fleiner, de Bâle, auquel la Commission médicale avait demandé son avis sur ce point, nous a donné une consultation juridique tendant à démontrer que le militaire soigné à domicile perd le droit de toucher sa solde, mais doit rester au bénéfice de l'indemnité d'assurance. A l'exemple de la Société médicale d'Argovie et sur la demande de la Commission médicale, le président de l'Association des médecins du canton de Genève et votre président ont envoyé cette consultation à tous les députés de notre canton aux Chambres fédérales. Ils ont appuyé cet envoi par une lettre dans laquelle ils insistaient sur le tort que pourrait causer aux médecins la responsabilité que leur impose l'article 20 de cette loi.

Jusqu'ici, le Conseil des Etats s'est seul occupé de cet objet, et nous avons le regret de constater que nos pères conscrits ne sont pas entrés dans nos vues et n'ont pas modifié les textes que nous estimons fâcheux. Il est malheureusement probable que le Conseil national ne nous sera pas plus clément et que la question restera jugée contre les intérêts du corps médical. Quelle que soit l'issue de cette campagne, la Commission médicale tient à être nantie de faits dans ce domaine. Tout mé-

Digitized by Google

decin qui aura des difficultés ou essuiera des procédés désagréables à propos du traitement de militaires revenant du service est donc instamment prié d'en aviser la Commission médicale.

Les vœux du corps médical à propos du projet de loi en préparation sur l'assurance-maladie ont été le principal objet dont s'est occupée la Chambre médicale le 2 avril dernier. Les desiderata recueillis dans l'enquête intercantonale, coordonnés et exposés dans un lumineux rapport du Prof. Jaquet, ont été votés avec quelques modifications et adjonctions. Les articles adoptés, accompagnés d'un exposé de motifs très complet, également dû au Prof. Jaquet, ont été envoyés au Département fédéral de l'Industrie et du Commerce, chargé de l'élaboration du texte de la loi.

A la demande du Bureau sanitaire fédéral, la Commission médicale a réparti l'étude des articles du futur Code pénal fédéral au point de vue médical entre six sous-commissions locacales. Le travail de la sous-commission de Genève a été résumé dans deux rapports, l'un du Prof. Mégevand sur les articles relatifs aux blessures et sur ceux qui punissent les délits contre les mœurs, l'autre du Prof. Weber sur les questions touchant à l'aliénation mentale, à l'alcoolisme et à la responsabilité du délinquant. La Commission médicale est depuis quelques semaines en possession de tous les rapports locaux. Elle a nommé un rapporteur général pour les classer et les coordonner, en la personne du Dr P. von der Mühll. Quand son travail sera achevé, je serai à la disposition de la Société médicale, pour la mettre, si elle le désire, au courant de ces questions un peu arides, mais dont l'importance pratique est plus grande que les médecins ne sont en général portés à le croire.

Vous voyez que les organes centraux que vous vous êtes donnés il y a quelques années, ne mangent pas le pain de paresse et s'efforcent de s'occuper des intérêts du corps médical dans tous les domaines où ils entrent en contact avec l'Etat ou avec la loi.

N'oublions pas ici la *Caisse de secours des médecins suisses*, qui sous l'habile administration des Drs Lotz et von der Mühll et sous le contrôle de la Commission médicale, soulage sans bruit d'intéressantes misères, plus nombreuses et plus poignantes que je ne le croyais avant d'avoir été mis dans la confidence. Pensez parfois au confrère désemparé par une maladie

Digitized by Google

chronique, à la veuve du médecin tombé sur la brèche avant d'avoir assuré l'avenir des siens, et réservez une obole à la Caisse de secours des médecins suisses.

J'aurai presque fini, mes chers collègues, quand j'aurai adressé les remerciements d'usage à ceux qui ont bien travaillé cette année pour la bonne marche de la Société.

Faisons d'abord toutes nos excuses à notre vice-président puisque, par le fait des circonstances, ses fonctions ont été fort peu absorbantes. Il saura bien se rattraper en 1906 et tiendra le gouvernail d'une main experte et assurée.

Notre bibliothécaire a présidé au détail de la transmission des périodiques à la Bibliothèque publique avec son zèle accoutumé. Il n'a plus à veiller que sur nos archives, sur la collection des auteurs genevois et sur la décoration de notre local difficile à rendre élégant. Il s'en acquittera dans l'avenir à notre entière satisfaction comme pour le passé.

Notre excellent trésorier nous a habitués à des miracles d'administration financière. Il va encore vous annoncer tout-à-l'heure des résultats inespérés pour l'exercice qui vient de s'achever. Si nos statuts le permettaient, nous serions unanimes à le nommer trésorier à vie.

Nos deux secrétaires ont duement rédigé nos délibérations et convoqué nos séances. Le grand nombre de nos réunions, la richesse des travaux qui nous ont été présentés et l'éloquence des orateurs qui les ont discutés ont donné à leur plume bien de la besogne. Ils ont droit à toute notre reconnaissance pour la conscience avec laquelle ils s'en sont acquittés.

Merci enfin à vous tous, chers collègues, pour la façon dont vous avez rendu facile et agréable la tâche de votre président.

Avant de quitter ce fauteuil, permettez-moi de formuler encore deux souhaits pour l'avenir de notre chère Société médicale.

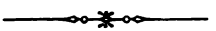
Le premier a trait à l'article premier de nos statuts. Je voudrais que l'on étudiât la question de savoir si le sens de cet article ne devrait pas être élargi de façon à ce que les grandes questions d'hygiène publique puissent entrer dans le cadre ordinaire de nos travaux. Il n'y a plus à Genève de Société d'hygiène. Pour combler cette lacune, qui est mieux qualifié que le corps médical? Le rôle de la médecine sociale grandit tous les

Digitized by Google

jours. Qui est mieux armé que nous pour lutter contre l'alcoolisme, la tuberculose, la construction d'habitations et de locaux insalubres? Il suffit aujourd'hui de vous présenter cette idée et, si vous l'agréez, c'est à l'avenir qu'il faut en remettre la réglementation et la mise en pratique.

Mon second souhait est le suivant : Que la Société médicale soit de plus en plus dans notre pays la gardienne et le porte-drapeau du véritable esprit médical. La tendance de l'époque actuelle est celle de la médecine des spécialités. Le nombre de celles-ci augmente sans cesse, en même temps que le domaine de chacune se restreint. Il y a une nécessité à cette division du travail, puisque notre science est devenue si vaste qu'aucun homme ne peut l'embrasser tout entière et pratiquer toutes ses branches, mais cet émiettement de la médecine n'est pas sans inconvénients. A traiter toujours le même organe, à pratiquer toujours les mêmes examens ou les mêmes interventions, le spécialiste risque d'oublier que ce n'est pas un œil ou un pied qu'il a à soigner, mais un homme dans un de ses organes. Puisque le pathologiste interne coudoie ici le chirurgien, puisque le gynécologue y rencontre l'oculiste ou le dermatologue, que notre Société demeure le centre où tous viendront se convaincre qu'ils doivent être d'abord et rester toujours médecins, dans toute l'acception de ce beau mot.

Si ce vœu se réalise, il n'est pas besoin d'en faire d'autres, et la Société médicale de Genève marchera, utile et toujours jeune, vers un avenir fécond en résultats.



BIBLIOGRAPHIE

E. Régis. — Précis de psychiatrie ; 3e édition, entièrement refondue, un vol. gr. in-18 de 1082 p. avec 82 fig. et 6 tracés. Paris 1906. Collection Testut *(Nouvelle bibliothèque de l'étudiant en médecine.)*

Ce petit volume d'un format pratique, écrit d'un style clair et concis, renferme le résumé des travaux les plus modernes sur la pathologie mentale. Une large part y a été faite à la psychiatrie allemande, sans que M. Régis, professeur à l'Université de Bordeaux, soit tombé dans l'excès du « Kraepelinisme à outrance » que l'on a reproché à certains auteurs. Comme il le dit très bien, la mode se mêle souvent au succès de

Digitized by Google

certaines théories et on en arrive à dépasser la mesure. Toutefois l'auteur, sans modifier essentiellement le cadre de la classification ordinaire des maladies mentales, a tenu grandement compte des recherches de Kræpelin, comme on peut le voir au chapitre important qu'il consacre à la *démence précoce*. Il la considère comme une « confusion mentale chronique », en y englobant certains états constitutionels relevant de la dégénérescence mentale. En un mot, bien que la démence précoce d'après Kræpelin renferme au moins deux types d'états morbides différents, M. Régis a préféré les traiter ensemble et décrire les maladies comme l'a fait le professeur de Heidelberg, afin, dit-il, de ne pas compliquer inutilement cette description. Il n'en use pas de même pour la folie *maniaco-dépressive* de Kræpelin, dont il ne parle qu'à propos de la folie à double forme, conservant à la manie et à la mélancolie la place habituelle qu'elles ont occupée jusqu'ici dans le cadre clinique classique. Le remaniement révolutionnaire de Kræpelin nous paraît cependant basé sur de bonnes observations cliniques prolongées ; il répond à un véritable besoin de transformation de l'antique nomenclature des « folies », bien qu'il doive être considéré comme provisoire.

Le « Précis » de M. Régis est en réalité un traité complet de psychiatrie. Les psychoses d'auto-intoxications, auxquelles les travaux de l'auteur ont apporté une importante contribution, et les psychoses d'infection sont largement traitées dans son ouvrage. Cette innovation sera particulièrement bien venue des médecins praticiens, car ces deux espèces de psychoses représentent presque toutes les psychoses symptomatiques. L'auteur dit avec raison dans sa préface : « Un des grands défauts de l'enseignement psychiatrique et des traités de psychiatrie, tels qu'ils ont existé jusqu'à ce jour, c'est d'avoir pris peu à peu exclusivement pour thème les grandes *folies des asiles d'aliénés*, en laissant à l'arrière-plan les psychoses symptomatiques, celles que j'appelle, en raison du milieu où on les observe surtout, les *délires des hôpitaux*.

« Or, il suffit de réfléchir pour comprendre que si le praticien a besoin de connaître les folies des asiles, c'est-à-dire les types classiques des vésanies, il a encore plus besoin de connaître les délires des hôpitaux, c'est-à-dire les psychoses symptomatiques, notamment les psychoses d'auto-intoxications et d'infections. Celles-ci, en effet sont au premier chef de son domaine professionnel ; c'est à lui qu'incombera non seulement le soin de les observer, mais aussi de les traiter, du début jusqu'à leur terminaison. »

La portée pratique du livre du professeur de psychiatrie de Bordeaux se retrouve du reste dans tous ses chapitres, bien qu'une partie importante y soit spécialement consacrée, sous les deux rubriques de *pratique médicale* et *pratique médico-légale*. La recherche des commémoratifs, l'examen du malade, le diagnostic, le traitement et l'assistance des aliénés ; la pratique relative au droit criminel et à la responsabilité ; celle relative au droit civil ou à la capacité, avec un court appendice reproduisant quel-

Digitized by Google

ques rapports médico-légaux (y compris ceux relatifs aux troubles psychiques et nerveux par accidents et traumatismes) font le sujet du livre IIIe du *Précis de psychiatrie*.

Une table alphabétique des matières et des noms d'auteurs termine cet important ouvrage qui sera très utile, non seulement aux étudiants en médecine, auxquels sont destinés avant tout les publications de la « nouvelle bibliothèque » Testut, mais dans une plus grande mesure encore, pensons nous, aux médecins praticiens, et à tous ceux qui s'intéressent aux progrès récents de la médecine mentale.

P. L.

F. Besançon. — Précis de microbiologie clinique; un vol. petit in-8o de 429 p. avec 82 fig. *(Collection des Précis médicaux)*, Paris 1906, Masson & Cie.

La plupart des traités microbiologiques, écrits surtout pour des bactériologistes de métier, exposent les diverses techniques employées et décrivent minutieusement, pour chaque microbe, tous ses caractères tirés de la morphologie, de la culture ou de l'inoculation aux animaux ; le débutant ne sait laquelle choisir des nombreuses méthodes proposées. Dans ce précis, l'auteur, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, où il fait depuis longtemps l'enseignement pratique de la bactériologie, a cherché à éviter cet écueil ; il n'y donne que sa technique, celle dont il a l'expérience, et, dans la description des microbes, il n'a retenu que ce qui constitue, pour chacun d'eux, sa physionomie véritable, tirée du groupement des plus typiques de ses caractères. Ce livre étant fait exclusivement pour des médecins, il n'y est question que des microbes de la pathologie humaine, mais on y trouvera groupées un certain nombre de notions indispensables pour le diagnostic bactériologique clinique : 1° une étude sommaire de la flore normale de la peau et des muqueuses ; 2° une étude des infections agonique et cadavérique ; 3° la technique détaillée de l'analyse bactériologique de l'eau, de l'air, du sang, de l'urine, du liquide céphalo-rachidien, des matières fécales, du pus, des exsudats pseudo-membraneux, des liquides séro-fibrineux, etc.

P. Brouardel. — Les blessures et les accidents du travail ; un vol. in-8o de 700 pages, Paris 1906, J.-B. Baillière & fils.

Ce nouveau volume du Cours de médecine légale du savant professeur de la Faculté de Paris, traite d'un sujet qui intéresse actuellement tous les médecins depuis que les lois sur les accidents du travail leur font si souvent un devoir de rédiger des certificats concernant les victimes de ces accidents, certificats constatant, d'abord, la nature de la blessure et ses suites probables puis, plus tard, la guérison ou l'infirmité totale ou partielle. M. Brouardel leur donne, à cet égard, de précieux conseils. Ils y trouveront aussi d'utiles directions pour toutes les expertises qu'ils

Digitized by Google

auront à faire. L'ouvrage se termine par un tableau de l'évaluation des infirmités permanentes et par une série de pièces annexes comprenant la dernière loi promulguée en France sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, plusieurs jugements et arrêts des tribunaux, un grand nombre de rapports de l'auteur et le tarif spécial des honoraires médicaux, prévu par la loi française sur les accidents de 1905. C. P.

LACASSAGNE. — Précis de médecine légale, un vol. petit in-8° de 891 p. avec 112 fig. et 2 planches en couleur *(Collection des Précis médicaux)*, Paris 1906, Masson & Cie.

L'auteur, professeur de médecine légale à l'Université de Lyon, était bien préparé par ses travaux antérieurs, son expérience personnelle et son enseignement, à écrire ce livre dans lequel sont exposées, en particulier, un grand nombre de questions auxquelles les problèmes sociaux de l'heure présente, les progrès scientifiques et législatifs donnent un intérêt nouveau. Il l'a rédigé, en partie, avec la collaboration de ses élèves et en a fait un ouvrage destiné aussi bien aux étudiants, pour la préparation à leurs examens de médecine légale, qu'aux praticiens appelés au rôle d'experts. Il l'a divisé en cinq grands chapitres traitant : 1° des droits et des obligations du médecin dans la société et devant la justice ; 2° des questions générales relatives à la personne vivante et pouvant se présenter dans toute procédure (âge, sexe, identité, responsabilité, etc.) ; 3° des questions générales relatives à la mort, au cadavre, aux taches, aux empreintes ; 4° des attentats contre la personne ; 5° des questions relatives à l'instinct sexuel et aux fonctions de reproduction. C. P.

VARIÉTÉS

Compte rendu sur la jurisprudence et la littérature médicale spéciales aux accidents de travail [1].

HERNIE-ACCIDENT

(Habitation brusque, mais passagère d'un sac préformé.)

La question de la hernie-accident est très complexe. Il convient d'en connaître les différentes faces ; on m'excusera donc d'y revenir encore une fois.

Le Tribunal fédéral vient de publier, dans son recueil officiel, un jugement en date du 22 juin 1905 qui se rapporte à un cas spécial très intéressant et dont les considérants méritent une mention particulière.

Il s'agit du cas suivant : Un ouvrier de 31 ans, porteur d'une hernie

[1] Voir le numéro précédent.

Digitized by Google

inguinale à gauche et d'une faible hernie ombilicale, présentait en outre un *sac péritonéal inhabité du côté droit*. Tout à coup, sous l'influence d'un accident (choc par un monte-charge et chute sur le sol) *ce sac se remplit* et forme une tumeur douloureuse, visible à l'extérieur. Puis *la hernie est réduite* dans la suite, son maintien est assuré, et l'ouvrier se trouve placé alors dans un état semblable à celui qui précédait l'accident.

La question délicate à résoudre est de savoir et de déterminer dans quelle mesure cette irruption brusque du contenu herniaire dans un sac préexistant — avec réduction consécutive maintenue depuis lors — exerçait ou avait exercé une influence fâcheuse sur l'état de santé de l'ouvrier et sur sa capacité de travail.

Extrayons du jugement, très motivé, les points qui intéressent le corps médical.

Voyons d'abord l'*opinion des médecins experts :* Le médecin traitant, Dr Widmer à Töss, et un de ses confrères, le Dr Sommer à Winterthur n'hésitent pas à rattacher la production de la hernie droite à l'accident.

Il en est autrement des experts nommés par le Tribunal (Prof. Kaufmann à Zurich et Courvoisier à Bâle). D'après eux le cas de la victime rentre dans la catégorie des hernies développées lentement (hernie-maladie). « Dès le début et à chaque stade de son développement, disent-ils, cette anomalie devait équivaloir à une hernie complète. Ce que beaucoup de médecins appellent une prédisposition est tout simplement un commencement de hernie. »

Quant au préjudice causé par l'accident, les experts estiment que la simple irruption, unique et accidentelle, dans un sac préformé, du contenu abdominal, lequel réintègre par la suite son domicile primitif et normal, a pour conséquence d'augmenter la prédisposition locale à une récidive, qui, elle, pourrait être compliquée d'incarcération. Mais, ajoutent-ils, « cette augmentation de chances est problématique dans ce cas particulier, car depuis que le malade porte soigneusement un bandage, la hernie n'est plus apparue. Cependant le bandage peut se déplacer au cours du travail. *L'accident*[1] *doit donc être envisagé comme ayant provoqué une plus grande tendance de la hernie droite à s'accroître et à se reproduire* ». Le taux habituel de l'incapacité de travail pour la hernie-accident étant de 10 0/0, les experts estiment que, puisque le malade portait, avant l'accident, un bandage pour maintenir sa hernie gauche, il n'est pas astreint, du fait de l'accident au port de cet appareil et l'incapacité doit être réduite à 5 0/0.

Voici maintenant les *conclusions du Tribunal :* « D'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, la sortie d'une hernie qu'on peut rattacher à un événement déterminé du travail et circonscrit dans le temps (effort extraordinaire, glissement, chute en soulevant un poids lourd) doit être considérée comme un accident au sens de la loi et engage la responsabilité du patron. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette manière de faire dans le cas actuel...

[1] C'est nous qui soulignons.

Digitized by Google

Le rapport entre l'accident et la sortie de la hernie ne peut être nié, car, sans le choc soudain et la chute, la sortie de la hernie ne se serait pas produite... ; mais s'il est vrai également que sans la prédisposition morbide actuelle, préexistante, l'action funeste pour l'organisme ne se serait pas produite..., il ne faut pas méconnaître que la sortie de la hernie n'aurait pas été produite par l'activité professionnelle ordinaire..., mais bien par un événement défini ».

Le seul dommage qui résulte donc de l'accident en question (habitation brusque, mais passagère d'un sac préformé) consiste dans l'augmentation de la prédisposition locale au renouvellement d'un événement semblable.

Quant au port du bandage, il n'est point la conséquence obligatoire de l'accident, dans le cas présent, puisque le malade en portait un auparavant du fait de ses deux autres hernies.

Ce qui est très intéressant, c'est que le Tribunal fédéral admet à propos du cas en litige, que *le fait que le malade connaît l'existence de sa lésion — qu'il ignorait auparavant — peut être envisagé comme une conséquence défavorable de l'accident justiciable, éventuellement, d'une réparation financière.* Il se demande également si, de ce fait, le malade ne saura peut-être pas bien cacher sa hernie lorsqu'il cherchera une place et sera de ce chef entravé dans une certaine mesure sur le marché du travail. La question est résolue ici par la négative parce que la victime est encore atteinte de deux autres hernies préexistantes et que ce n'est pas l'apparition d'une troisième hernie qui lui occasionnera des difficultés dans ce domaine.

Mais la question de principe a été soulevée — or c'est là l'important pour l'avenir.

Pour le même motif, le Tribunal a écarté, dans le cas particulier la possibilité (notion) d'un *dommage psychique* ; (envisagé pour d'autres cas de hernie : voir : Recueil officiel, Bd. XXIII, I Teil, p. 902.)

Il confirme le taux de 5 0/0 comme incapacité de travail, car, dit-il, « le seul dommage résultant de l'accident consiste dans une prédisposition plus grande à la récidive, fait incertain et dont la probabilité peut être ramenée à un degré très faible par le port d'un bandage. De même, si on considère le fait que la hernie préexistante a joué un rôle important dans la sortie du contenu abdominal, une diminution de l'indemnité se justifie. »

Par cette dernière phrase, le Tribunal fédéral consacre le principe (visé à l'art. 5, § *c.* de la loi de 1881), que l'indemnité sera réduite dans les cas où un état antérieur morbide a favorisé la production des lésions causées par l'accident.

Perte des testicules.

On a pu lire, il y a quelque temps, dans certains journaux politiques le compte rendu d'un arrêt du Tribunal civil de la Seine (4e chambre, 3e section) concernant l'incapacité de travail d'un jeune homme qui a perdu ses testicules lors d'un accident.

Digitized by Google

L'arrêt en question vient d'être publié dans le *Recueil spécial des accidents du travail* (Décembre 1905). Les conclusions de l'expert, le Prof. Berger, doivent être signalées.

... La lésion en question pourrait être une cause d'incapacité pour le travail, par des complications portant sur le système nerveux ; mais chez le jeune X. nous ne trouvons aucun signe de névrose traumatique, et il n'éprouve de ce chef ou pour une cause analogue aucune diminution de sa capacité de travail. Reste enfin la diminution particulière de la force et de l'énergie physique, musculaire ou morale et intellectuelle qui pourrait être la conséquence de ce genre de traumatisme, par la modification toute spéciale que la privation des testicules pourrait imprimer aux actes intimes de l'activité vitale et de la nutrition. Sur ce sujet on est réduit à l'hypothèse, mais rien ne permet d'affirmer que la perte des deux testicules diminue la force, l'énergie et la capacité pour le travail. Nombre de gens privés de leurs testicules ont rempli et remplissent encore dans les pays orientaux des fonctions élevées et parfois difficiles.

D'autre part, les exemples tirés de la série animale nous font croire que les animaux auxquels on demande de grands efforts de travail et un grand développement de forces musculaires, tels que les chevaux et les bœufs, sont régulièrement soumis à la castration complète. Rien ne permet donc d'admettre que la perte des deux testicules diminue en rien la capacité pour le travail du sujet qui l'a subie.

Le Tribunal, attendu que les seules incapacités qui d'après la loi du 9 avril 1898 peuvent donner droit à une rente, sont celles qui entraînent une diminution de salaire ; que les lésions subies par le jeune X. laissant à ce jeune homme une capacité entière pour les travaux de sa profession, aucune rente ne peut lui être allouée ; pour ces motifs déclare X. mal fondé en sa demande en paiement de rente viagère, l'en déboute et le condamne aux dépens.

Tout le monde est-il de cet avis ?

Dr Ch. Julliard.
Février 1906.

Distinction. — M. le Dr Laurent Zoppino, à Genève, a été nommé chevalier de la Couronne d'Italie.

Prix universitaires. — La distribution des prix de l'Université de Genève a eu lieu le 27 janvier dernier. Deux tiers du *Prix de la Faculté de médecine* (rapporteur : M. le Prof. Askanazy) ont été décernés à Mlle Kerkis, pour sa thèse intitulée : « Les vasoconstrictines des sérums normaux », et un tiers à M. Grigoroff pour sa thèse intitulée : « Contribution à la pathogénie de l'appendicite ».

Digitized by Google

Congrès international de médecine (Lisbonne, 19 au 26 avril 1906). — Les *titres des communications scientifiques* à présenter dans les différentes sections doivent parvenir au Secrétariat général avant le 1er mars, accompagnés d'un court résumé (en forme de conclusions, si possible) qui sera imprimé avant le Congrès. Le *Bulletin officiel* du Congrès, avec toutes les nouvelles concernant l'organisation, etc., sera envoyé gratuitement à tout médecin qui en fera la demande. Les *inscriptions* sont reçues jusqu'à l'ouverture du Congrès et même pendant celui-ci, mais, pour pouvoir bénéficier des réductions accordées par les chemins de fer et les compagnies de navigation, il est nécessaire de s'inscrire dès maintenant.

Toute la correspondance, ainsi que les adhésions et cotisations (25 fr.), à adresser à M. le prof. Miguel Bombarda, Nova Escola Medica, Lisbonne.

On nous prie de reproduire au sujet du même Congrès la communication suivante :

« *Croisière des médecins français, organisée à l'occasion du XVme Congrès international de médecine.* — Le grand nombre de médecins déjà inscrits au Congrès, va augmenter les difficultés de trouver à Lisbonne des logements suffisants pour abriter les congressistes, aussi des croisières ont-elles été préparées, depuis plusieurs semaines, par les étrangers. C'est ainsi que, sur les rives du Tage, les pavillons anglais, allemand, américain, seront représentés par nombre de navires. En présence de ce mouvement, on a pensé qu'il serait bon de voir flotter, là-bas, les couleurs de la France.

Un navire a été retenu, l'*Etoile* probablement, dont le nom est de bon augure. Ce bateau de plaisance, aménagé avec tout le confort moderne, partira de Marseille le 8 avril, touchera aux rives fleuries de Majorque, fera escale à Malaga. Là, un train spécial, après avoir traversé les gorges merveilleuses d'El Choro, amènera la caravane à Grenade, la capitale splendide des Rois maures, où l'on retrouve à chaque pas les vestiges d'une civilisation presque disparue, ensuite, escale à Tanger ; visite de la ville sur laquelle le monde a, aujourd'hui, les yeux fixés. Le groupe se dirigera alors sur Cadix et, remontant le Guadalquivir, arrivera à Séville pour assister aux fêtes si originales du Samedi-Saint et du jour de Pâques. A Séville, le bateau servira d'hôtel : repas et séjour à bord, sans aucun dérangement. Après, viendra Cordoue, où l'on ira par train spécial (mosquée, l'une des plus belles et des plus anciennes villes du monde). Enfin nouveau séjour à Séville pour la visite des monuments, l'Alcazar et ses jardins, la Cathédrale et la Tour de la Giralda, etc., et arrivée à Lisbonne.

Durant le Congrès, repas et séjour à bord, promenades dans les environs, probablement excursion à Porto par le bateau. Après les fêtes du Congrès, retour à Marseille par Algésiras, le détroit de Gibraltar et les côtes d'Espagne.

Prix du voyage de Marseille à Marseille, *tout compris* (transport, nourriture, excursions en trains spéciaux, visites, entrées, promenades en groupes, pourboires) : 850 francs. Durée du voyage : 23 jours. Retour à Marseille le 30 avril, dans l'après-midi. La Compagnie P.-L.-M. accordera des permis de demi-tarif pour Marseille et retour.

Il a paru nécessaire, pour la bonne réussite du projet en cours, que son organisation demeurât impersonnelle. Il était indispensable, cependant, de créer un centre de renseignements. J'ai été choisi comme « Boîte aux Lettres ». C'est donc au Dr Helme, 10, rue de Saint-Pétersbourg, Paris, que les adhésions ou demandes de renseignements devront être adressées.

Pour que la croisière ait lieu, il faut au moins cent adhésions. Sont

Digitized by Google

admis : les médecins, étudiants et leur famille, voire même des amis présentés par un membre du corps médical.

M. Heuzé, qui s'occupe depuis près de huit ans de l'organisation matérielle des V. E. M., dirigera la caravane. C'est dire que les excursionnistes sont assurés de tout le confort et de tous les soins possibles.

N.-B. — Les places à bord seront attribuées dans l'ordre d'inscription. Chaque cabine ne comportera que deux occupants, trois ou quatre si on le désire, mais, dans ce dernier cas, on devra en faire la demande et indiquer ses compagnons de route.

Adresser les adhésions et souscriptions au Dr Helme, 10, *rue de Saint-Pétersbourg, Paris. — 15 mars, terme de rigueur.* »

Congrès de médecine interne. — Ce Congrès se réunira à Munich, du 23 au 26 avril 1906, sous la présidence de M. Strümpell (Breslau), conseiller intime. Le premier objet à l'ordre du jour est la *pathologie du corps thyroïde* (rapporteurs : MM. Kraus, de Berlin, Kocher, de Berne et Hering, de Prague). D'autres communications sont annoncées. S'adresser au Dr Emile Pfeiffer, conseiller intime, Parkstrasse 13, Wiesbaden. Une exposition de préparations, appareils et instruments, pouvant intéresser la médecine interne. est jointe au Congrès. S'adresser au prof. Friedr. Müller, Bavariaring 6, Munich.

Avis. — L'agence centrale de la presse scientifique internationale nous informe que l'Institut de Bibliographie, 93, boul. Saint-Germain, à Paris, qui fut fondé il y a près de quinze ans par le Dr M. Baudoin met en vente ses nombreuses collections d'ouvrages médicaux et scientifique comprenant près de 30.000 volumes, environ 8.000 thèses de Paris et d'autres facultés, et plus de 1.200 revues et périodiques de divers pays. Les principaux auteurs français, allemands, anglais, italiens, espagnols, etc., y sont représentés; les principales revues et le plus grand nombre des périodiques médicaux y sont catalogués. On y trouve même quantité d'ouvrages et travaux épuisés en librairie et qu'il est très difficile de trouver ailleurs. S'adresser au liquidateur de l'Institut de Bibliographie. 93, boul. Saint-Germain, à Paris.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE LA SUISSE

Semestre d'hiver 1905-1906

	Suisses				Étrangers		T O
	du canton		d'autres cantons				
	Messieurs	Dames	Messieurs	Dames	Messieurs	Dames	
Bale	42	2	73	2	21	...	140
Berne	59	1	55	2	57	345	519
Genève	31	..	49	1	72	145	298
Lausanne	38	1	40	..	51	326	456
Zurich	47	10	104	4	67	154	386
					Total...		1799

Berne, 34 auditeurs. *Genève*, 37 auditeurs (dont 6 dames) et 26 élèves (dont 4 dames) de l'École dentaire. *Lausanne*, 3 auditrices. *Zurich*, 18 auditeurs (dont 11 dames), 25 élèves (dont 2 dames) et 1 auditeur de l'École dentaire.

Digitized by Google

CAISSE DE SECOURS DES MÉDECINS SUISSES. — Dons reçus en Janvier 1906.

Argovie. — Drs H. Bircher. fr. 20; H. Deck, fr. 10; H. Siegrist, fr, 20, (50).
Bâle-Ville. — Drs Anonyme, fr. 20; A. Hägler-Gutzwiller, fr. 20; G. Widmer, fr. 20; P. V., fr. 30; Prof. L. W. fr. 10, (100)
Berne. — Drs Dumont, prof. fr. 50; G. Jonquière, fr. 20; J. Kürsteiner, fr, 10; W. von Speyr, fr. 20; V. Surbeck, fr. 10; E. Lang, fr. 10; W. Krebs, fr. 10; F. Steffen, fr. 10; P. Schüppbach, fr. 20; F. Ris, fr. 20; F. Schwarzenbach, fr. 10, (190).
Fribourg. — Société fribourgeoise de médecine, par le Dr G. Clément, fr. 50, (50).
S-Gall -- Drs A. Walder, fr. 10; J. Kuhn, fr. 50, (60).
Genève. — Drs V. Gilbert, fr. 10; H. Lombard, fr. 20, (30).
Grisons. — Drs E. Köhl, fr. 10: F. Buol, fr. 10; E. Nienhaus, fr. 10, (30).
Lucerne. — Dr A. Vogel, fr. 20, (20).
Neuchâtel. — Drs R. Ronca, fr. 10; A. Meyer, fr. 10, (20).
Schaffhouse. — Dr G. Stierlin, fr. 5, (5).
Schwyz. — Dr Z. Fassbind, fr. 10, (10).
Soleure. — Dr L. Greppin. fr. 20, (20).
Tessin. — Dr F. Zbinden, fr. 10, (10).
Thurgovie. — Dr E. Haffter, fr. 100, (100).
Vaud. — Dr M. Dufour, prof. fr. 100, (100).
Zoug. — Dr J. Hürlimann, fr. 20, (20).
Zurich. — Drs R. Ganz, fr. 5; J. Michalsky, fr. 20; M. Cloëtta, fr. 10; Th. Egli-Sinclair, fr. 20; O. Fiertz, fr. 10; W. M. fr. 20; R. fr. 10; E. Ritzmann, fr. 20; J. Seitz, fr. 20; O. Wyss, prof. fr. 20, (155).
Divers. — Drs Ed. Hess, Bey, au Caire, fr. 25; Reidhaar, Yokohama, fr. 25, (50).
Ensemble, fr. 1020.

De plus pour la fondation *Burckhardt-Baader ;*

Zurich. — W. M. fr. 20, (20).

Bâle, 31 Janvier 1906.

Le Caissier : Dr P. VON DER MÜHLL
Aeschengraben, 20

OUVRAGES REÇUS. — First annual Report of the Henry Phipps Institute for the study, treatment and prevention of tuberculosis. A brief account of the work of the first year and a reprint of the lectures delivered under the auspices of the Institute during the year, 1 feb. 1903 to 1 feb. 1904; un vol. in-8o de 265 p. avec planches. Philadelphia, 1905.

Bulletin de la Société belge d'optalmologie, nos 17, 18 et 19, comptes rendus analytiques des communications faites les 27 nov. 1904, 11 juin et 26 nov. 1905; 3 broch. in-8o de 71, 85 et 52 p. avec fig., Bruxelles 1905. Impr. Severeyns.

MICHAUD, médecin à Lamalou. — Considérations sur la rééducation motrice; 19 p. in-8o, ext. du *Lyon méd.*, 10 et 17 mai 1903.

BERGOUIGNAN. — Les cardiopathies artérielles et la cure d'Evian; broch. in-8o de 159 p., Paris 1905, Steinheil.

MORICE. — Annuaire des eaux minérales. Stations climatériques et sanatoriums de la France et de l'étranger; un vol. in-12, de 324 p. 47e année. Paris 1905, Maloine.

R. GAUTIER. — Technique de l'exploration du tube digestif (*Actualités médicales*); un vol. in-18 de 96 p. avec 13 fig. Paris 1905, J.-B. Baillière et fils.

CHANTEMESSE et BOREL. — Mouches et choléra (*Actualités médicales*); un vol. in-16 de 96 p. avec une carte. Paris 1906, J.-B. Baillière et fils.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE, 18 PÉLISSERIE, GENÈVE

Digitized by Google

XXVIme ANNEE. — N° 3. 20 MARS 1906.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Hypernéphrome de la capsule surrénale droite. Extirpation. Guérison.

(Etude clinique[1] et anatomo-pathologique)

par le Dr Alfred.-L. Dupraz.

Dans ce travail, nous n'avons en vue que les tumeurs primitives nées dans la capsule surrénale *in situ*. Nous faisons abstraction des tumeurs nées d'inclusions de ces organes dans le rein, le foie ou des surrénales accessoires de Marchand.

Ces tumeurs ne sont pas fréquentes. De la statistique de l'Institut pathologique de Genève, il ressort que, sur 7249 autopsies faites du 1er octobre 1876 au 1er octobre 1903, on compte 150 cas, soit 2,07 % de lésions des capsules surrénales. La tuberculose y figure pour 93 cas (62 % des 150) et les autres lésions pour 57 cas (soit le 38 %). Quarante-quatre tumeurs de nature diverse se rangent dans ce dernier chiffre.

Si nous faisons le pourcentage du nombre de tumeurs par rapport au nombre d'autopsies, nous verrons que les tumeurs des capsules surrénales représentent le modeste chiffre de 0,6 %. Cette rareté est reconnue par tous les pathologistes.

Il s'agit, ici, de la fréquence — ou de la rareté — *absolue* des tumeurs surrénales. Ces chiffres représentent, en effet, tous les cas, sans exception, qui ont été constatés dans les autopsies. Or, combien d'entre eux n'ont donné lieu à aucun symptôme du vivant de leur porteur et sont des trouvailles d'amphithéâtre ! La rareté *relative* ou clinique de ces tumeurs est bien plus grande. Le Dentu, en 1889, les mentionne pour mémoire

[1] La partie clinique du présent travail a fait l'objet d'une communication à la *Société médicale de Genève*, dans sa séance du 1er février 1905 (voir : *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1905, N° 3, p. 201).

Digitized by Google

à cause des erreurs de diagnostic dont elles pourraient être la cause. Wendel a retrouvé 23 relations d'opération de néoplasmes de ce genre et il y ajoute le cas opéré par Küster, de Marbourg. Et, même ces cas ne lui ont pas tous parus d'une authenticité absolue. On sait, en effet, que le rein peut être le siège de tumeurs primitives analogues à celles qui se développent dans la capsule surrénale, les endothéliômes et les périthéliômes, par exemple et il est impossible, alors, de désigner le point de départ réel de la tumeur, si l'autopsie n'a pas été faite.

Ajoutez un facteur qui augmente beaucoup cette rareté : la nullité ou la pauvreté des symptômes cliniques que l'on peut rattacher à la présence de tels néoplasmes. On sait, par exemple, que le symptôme le plus habituel des autres maladies des capsules surrénales, la pigmentation addisonienne, fait défaut dans les tumeurs. D'autres fois, et c'est le cas le plus fréquent, les symptômes cliniques se rattachent aux troubles fonctionnels d'autres organes dans lesquels des germes aberrants se sont implantés, ce qui augmente encore la confusion de la symptomatologie.

Si nous disons que l'étude embryologique des capsules surrénales est loin d'être terminée, que leurs fonctions physiologiques sont mal déterminées et que leur anatomie et leur histologie pathologiques donnent lieu à des controverses multiples, on se rendra compte de l'obscurité qui règne encore et des recherches qui sont encore nécessaires pour élucider ces diverses questions. Toutes les contributions peuvent avoir leur utilité, soit en fixant quelque point douteux, soit, simplement, en augmentant les matériaux qui peuvent servir à l'étude de ce sujet. C'est ce qui nous a décidé à communiquer cette relation d'un cas de tumeur de la capsule surrénale droite que nous avons opérée à notre clinique et dont nous avons fait l'examen histologique. L'histoire clinique de la malade et, particulièrement, l'opération, présentent des faits importants au point de vue de la pratique et la structure histologique de la tumeur, peut donner matière à discussion.

Observation. — Mme S., 31 ans, ménagère, malade depuis septembre 1901.

Antécédents héréditaires : Père mort, à 61 ans, d'une pneumonie. Mère vivante, bien portante. Un frère mort, à 6 mois, d'une méningite ; un frère vivant, bien portant.

Digitized by Google

Antécédents personnels : Rougeole à 5 ans ; scarlatine à 12. Réglée à 13 ans ; règles régulières. Mariée, elle a eu trois enfants ; les couches ont été normales.

Depuis neuf ans, Mme S. est sujette à des vomissements. Ceux-ci se produisent à n'importe quel moment, brusquement. La malade croit qu'elle va prendre mal ; elle rejette de l'écume, du sang rouge et, quelquefois, de la bile.

Au mois de septembre 1901, elle a constaté la présence d'une tumeur dans l'hypochondre droit. Cette tumeur ne causait, alors, aucune douleur. Un confrère, consulté à ce moment, diagnostiqua un rein flottant.

Je vis la malade le 9 décembre 1901. C'était une femme maigre, blonde aux yeux bleus, pâle et anémique. Ephélides au visage et aux mains. Pas de pigmentation des muqueuses.

Système nerveux : Céphalalgies, vertiges.

Système digestif : Appétit satisfaisant. Digestion généralement facile. Vomissements fréquents, sans relation avec la réplétion de l'estomac. La palpation de la région épigastrique réveille des douleurs. L'estomac n'est pas dilaté. Jamais d'ictère, ni de coliques hépatiques. Constipation habituelle.

Système respiratoire : La malade tousse. Les crachats sont épais, verdâtres. Submatité sous la clavicule gauche. Inspiration rude, expiration prolongée, petits piaulements. Pas de râles (Dr Gilbert).

Système respiratoire : Cœur et vaisseaux normaux. Palpitations fréquentes, accentuées surtout au moment des troubles gastriques.

Système urogénital : Miction normale. L'urine ne présente rien de particulier. Règles régulières.

Système locomoteur : Rien de particulier.

On constate, au bord externe du muscle droit de l'abdomen, près du rebord costal droit, un soulèvement de la paroi abdominale.

A la palpation, on sent une tumeur arrondie, sans bosselures, limitée nettement en bas et disparaissant, en haut, sous le rebord costal. Cette tumeur a une consistance élastique. Il est difficile de rechercher la fluctuation, car, au moment où la pression devient un peu forte, la tumeur disparaît sous les côtes. Peu à peu, elle revient occuper sa place habituelle. *Elle suit les mouvements du diaphragme.* Cependant, si l'on interpose la main entre elle et les côtes, son ascension est arrêtée et la malade éprouve une douleur qu'elle compare à une traction faite sur une sorte de pédicule.

Le rein droit est abaissé. A la palpation bimanuelle, il n'est pas augmenté, pas plus que son congénère.

La région occupée par la tumeur est mate.

Diagnostic : Vu la région, il y avait lieu de penser à une tumeur du pylore, du foie, de la vésicule biliaire, du rein ou de la capsule surrénale. Les constatations faites à l'examen de la malade mettaient le rein hors de cause. La capsule surrénale fut citée pour mémoire, aucun symptôme

Digitized by Google

ne permettant de l'incriminer. Le pylore ne pouvait être désigné comme siège de cette tumeur, les symptômes les plus importants de la maladie de cet organe faisant défaut.

La forme, la consistance, la mobilité spontanée spéciale de la tumeur, l'arrêt de son ascension que l'on produisait en pressant au-dessus d'elle, la sensation de traction éprouvée par la malade à ce moment, faisaient pencher le diagnostic vers une affection du foie ou de la vésicule biliaire. Les troubles digestifs parlaient pour ce diagnostic, quoique les symptômes hépatiques ou vésiculaires vrais, ictère et coliques, fissent défaut.

Dans ces conditions, je proposai à la malade une intervention opératoire pour la débarrasser de sa tumeur.

Opération : L'opération se fit, à ma clinique, le 7 janvier 1902. Narcose à l'éther par le Dr Zoppino, après injection sous-cutanée de 0,01 g. de chlorhydrate de morphine. Je suis assisté par mes confrères les Drs Andreæ et Gilbert. Une incision de 12 cm. est menée le long du bord externe du muscle droit. Le péritoine incisé, la tumeur se présente immédiatement sans interposition d'intestin. Elle est recouverte par le péritoine pariétal postérieur qui glisse au-devant d'elle. Le foie est refoulé, en haut et en arrière, dans la concavité du diaphragme. Sa face inférieure est libre de toute attache avec la tumeur. La vésicule biliaire est peu remplie et complètement cachée sous le foie.

A ce moment, le diagnostic exact s'impose : il s'agit d'une tumeur de la capsule surrénale. Le rein ne paraît pas y être intéressé, mais le point de départ de ce genre de tumeur étant fréquemment l'inclusion, dans le rein, de germes aberrants, il faut faire toutes réserves à ce sujet, ce mode de production de tumeur par inclusion ayant pu se produire sans modifications de la fonction de l'organe.

J'incise le péritoine postérieur. La décortication de la tumeur à sa face antérieure est facile, de même qu'à son pôle inférieur. J'arrive aisément au bord supérieur du rein et constate la parfaite indépendance de cet organe. Le dégagement de la face postérieure est plus laborieux ; lorsqu'il est terminé, la tumeur peut se luxer hors de l'abdomen et se pédiculiser sur le paquet vasculaire qui s'y rend. Les vaisseaux principaux ont les dimensions des vaisseaux radiaux. Après les avoir liés, je puis enlever la tumeur.

Au moment de la luxation de la tumeur hors de sa loge rétropéritonéale, il se produit un incident grave, sur l'interprétation duquel nous reviendrons plus tard. La malade, qui, jusque-là, dormait paisiblement, est prise de suffocations ; sa face devient violette ; sa respiration change brusquement de type : l'inspiration est courte, suivie d'une expiration prolongée ; le pouls s'accélère et faiblit. La situation devient inquiétante ; il y a lieu de craindre quelque accident de cause imprévue, car l'opération ne fait que commencer, la malade a respiré peu d'éther et l'anesthésie est conduite par un opérateur consommé. Nous faisons rapidement l'hémostase et suturons à trois plans la paroi abdominale. Pansement collodionné.

Digitized by Google

La malade, qui semble se remettre, est rapportée dans son lit; les symptômes qui nous avaient alarmés disparaissent assez rapidement.

Le soir de l'opération, la température monte à 39,3°. Dans la nuit, la malade a trois vomissements. Le pouls est petit, dépressible; je fais une injection sous-cutanée de 0,20 g. de caféine. Le ventre est ballonné; il n'y a pas eu d'émission de gaz.

Le lendemain matin, un lavement huileux est suivi d'une selle abondante.

Une selle spontanée se produit le jour suivant. Apparition des menstrues.

Le premier pansement est fait le cinquième jour, le second, le neuvième et j'enlève les sutures. La plaie est réunie par première intention.

La température a toujours été plus élevée qu'on ne le constate habituellement. Les poussées de fièvre se sont produites sans que, pour cela, il y ait eu de symptômes autres pouvant faire craindre une infection.

Le douzième jour, la malade quittait la clinique.

Elle est revenue me voir le 25 février 1906. Elle est en parfaite santé; les céphalalgies, les vomissements et les palpitations ont disparu. Elle a pu faire, sans fatigue, des courses de montagne. Elle a pris de l'embonpoint. Tous les symptômes pénibles, qu'elle éprouvait auparavant, ont complètement disparu depuis l'opération.

Dans le plus grand nombre des cas opérés, le diagnostic n'a pas été posé. Le plus souvent, on a pensé à des tumeurs de la sphère urogénitale, s'il s'agissait de femmes; chez l'homme, on a admis des tumeurs du foie, de la vésicule biliaire ou de la rate. Quand le rein a été lésé par la production et le développement de la tumeur surrénale, la lésion a été rapportée à cet organe.

Ceci n'a rien de surprenant, car les symptômes propres aux tumeurs des capsules ne sont pas encore définis. Mayo Robson[1], basé sur l'étude de dix cas, a admis un certain nombre de symptômes qui n'ont rien de bien caractéristique, même par leur groupement. Dans notre cas, les seuls de ces symptômes positifs observés sont les troubles digestifs et la présence de la tumeur dans l'hypochondre droit et deux symptômes négatifs, le manque des troubles urinaires et l'absence de pigmentation. L'absence de ce dernier signe paraît constante dans les cas de tumeur et quelques auteurs l'interprétent par la suppléance de l'autre capsule, qui est indemne. Les douleurs, plus ou moins localisées (épaule, abdomen, dos), n'existent pas chez notre

[1] Cité par Wendel.

Digitized by Google

malade. Celle-ci était amaigrie et se sentait faible, mais cet amaigrissement et cette faiblesse n'atteignaient pas un degré qui permît d'en faire une caractéristique de son état de santé et se rapportaient bien plutôt aux troubles digestifs. Notre tumeur se trahissait par son volume et par la compression qu'elle exerçait sur les organes voisins ; de là, les troubles gastrohépatiques, la constipation, etc.

Les traités de l'exploration abdominale indiquent un signe qui pourrait aider à distinguer une tumeur de la capsule surrénale d'une tumeur du foie ou de la rate : celles-ci, seules, suivraient les mouvements du diaphragme. Malheureusement — et notre cas le prouve — ce signe n'est pas constant et d'autres chirurgiens ont fait la même constatation. D'après Mayo Robson, la tumeur suivrait les mouvements du diaphragme au début de son développement et elle se fixerait plus tard. Notre cas contredit cette assertion.

On indique, comme signe permettant de diagnostiquer une tumeur rétropéritonéale, la sonorité intestinale que l'on peut constater en avant de cette tumeur. Ce signe faisait défaut chez notre malade ; les constatations faites au cours de l'opération en ont indiqué la raison : la tumeur avait refoulé l'angle du colon vers la ligne médiane et les feuillets antérieur et postérieur du péritoine pariétal étaient en rapport immédiat. Ce phénomène peut se produire plus facilement à droite qu'à gauche, à cause de la situation respective du colon ascendant, du colon descendant et des organes de la région rénale.

L'âge ne fournit pas d'indications utiles. D'après Lubarsch et Burckhardt, les tumeurs surrénales sont rares avant la quarantième année. Il s'en trouve cependant : notre malade avait 31 ans, celui de Küster (Wendel) 35 et Ogle a observé un épinéphrôme chez une fillette de 13 ans.

On ne peut guère parler de pronostic fait avant l'opération, puisque, le plus souvent, pour ne pas dire toujours, le diagnostic reste en suspens ou est erroné. La nature de la tumeur, reconnue au cours de l'intervention, l'extension qu'elle a prise, permettent, seules, de l'établir. Dans le pronostic, il faut distinguer le pronostic *opératoire* et le pronostic d'*avenir*. Le *premier* est mauvais : Wendel note le 50 % de mortalité immédiate. La néphrectomie concomitante n'aggraverait pas le pronostic, ce qui peut surprendre, de prime abord. Dans quatre cas, la néphrectomie put être évitée et, cependant, dans

Digitized by Google

trois d'entr'eux, la mort suivit immédiatement l'opération. Quant au *second*, il varie suivant la nature de la tumeur. Les 24 cas de Wendel se classifient de la manière suivante : 4 carcinômes, 14 sarcômes, 2 cas sans diagnostic indiqué, 2 kystes hématiques et 2 adénômes. De tous ces cas, abstraction faite de la mortalité immédiate, 5 ont récidivé rapidement et, dans 6, la guérison s'est maintenue de sept mois à six ans.

Le traitement sera opératoire et l'on y sera conduit par l'incertitude du diagnostic. Cette incertitude fera préférer la laparotomie transpéritonéale à l'incision lombaire. Et il nous semble que ce sera tout gain au point de vue final. L'extirpation est plus facile par cette voie, la pédiculisation est simplifiée et l'exploration des organes voisins (foie, rate, reins, ganglions) peut se faire à fond. Le danger d'infection péritonéale est minime quand l'opérateur s'est placé dans des conditions normales pour procéder à l'intervention. Wendel est aussi partisan, pour des motifs analogues, de l'intervention par voie abdominale. Sa statistique en prouve tous les avantages. Sur 6 cas attaqués par la voie lombaire, il s'est produit 4 décès immédiats, tandis que, sur 17 laparotomies, on ne compte que 7 décès immédiats et les résultats durables ont tous été obtenus par ce mode d'intervention.

Notre cas offre, au sujet des incidents opératoires, un enseignement utile à méditer et à retenir. Nous avons parlé des troubles respiratoires et circulatoires qui se sont produits subitement lors de la luxation de la tumeur hors de la cavité abdominale. On ne peut les attribuer ni à la narcose, ni à l'injection de morphine : cet alcaloïde ralentit la respiration et peut même produire une apnée complète (Gscheidlen, Nothnagel). Nous croyons plutôt qu'il faut faire entrer ici, en ligne de compte, une irritation du grand symphatique par le tiraillement. Qu'on se rappelle la richesse des filets nerveux et des ganglions de ce système dans cette région (ganglions semilunaires avec la terminaison du pneumogastrique qui y aboutit à droite, filets du nerf phrénique, grand et petit splanchnique, plexus solaire, splénique, surrénal) et l'on comprendra combien facilement une irritation de ces organes peut se produire dans les manœuvres nécessitées par l'opération.

Pour notre part, nous croyons qu'il faut attribuer à cette cause le chiffre élevé de la mortalité immédiate après l'opération plutôt qu'au « dépassement de la limite d'opérabilité lors

Digitized by Google

de l'intervention », invoquée par Wendel. C'est d'autant plus notre avis que, dans son cas, des troubles se sont produits qui rappellent ceux que nous avons observés au cours de notre opération. Wendel parle, en effet, de mauvaise narcose (au chloroforme), de pouls petit et filant et..... d'*exitus lethalis* quarante heures après l'opération, ce qui ne s'est heureusement pas produit pour notre malade.

Examen de la tumeur. — 1° *Examen macroscopique :* La tumeur a les dimensions d'un poing d'adulte. Elle représente d'une façon frappante, comme forme et comme dimensions, les deux ventricules du cœur. On trouve même un sillon parfaitement analogue au sillon coronaire antérieur, dans lequel sont logés les vaisseaux principaux. Elle est encapsulée. La surface externe de la capsule est lisse ; on y trouve les vestiges des enveloppes connectives qui ont été déchirées lors du clivage d'énucléation.

A la coupe, on constate des cavités à parois lisses, dont les dimensions varient de celles d'un noyau de cerise à celles d'une noix. Ces cavités contiennent un liquide brun foncé, hématique, ainsi que le montre sa composition microscopique et microchimique.

La partie solide de la tumeur, dans laquelle sont creusés les kystes, a une couleur gris bleuâtre et une consistance molle. Elle est sillonnée de lignes rouges, plus ou moins larges, qui confluent par places en s'élargissant. A ces endroits, la couleur est plus foncée et les taches qui en résultent, varient des dimensions d'un grain de mil à celles d'un noyau de cerise. On a l'impression que, dans ces traînées rouges, la vascularisation est plus développée et que les carrefours, plus colorés, sont les endroits où vont se former, par la fonte des tissus, des cavités analogues à celles qui existent, d'autant plus qu'une pression des doigts, même faible, fait sortir de son alvéole le noyau rouge comme le noyau qui sort d'un fruit.

Les vaisseaux sanguins, que l'on reconnaît à la coupe de la tumeur, se comportent comme les vaisseaux sus-hépatiques ; ils sont creusés dans le tissu de la tumeur, dont on ne peut les isoler ; ils ne possèdent aucune adventice. Les vaisseaux principaux sont relativement petits, étant donné la richesse vasculaire de la tumeur.

2° *Examen microscopique :* On retrouve la structure alvéolaire, la plus fréquente dans les tumeurs de la capsule surrénale. La paroi des alvéoles est constituée par un réseau capillaire réduit à son revêtement endothélial appuyé directement sur les éléments cellulaires de la tumeur.

La recherche des éléments conjonctifs par le procédé de van Gieson montre quelques rares fibres autour des vaisseaux plus importants, mais n'en décèle plus trace au niveau des capillaires. Il n'existe pas, non plus, de réseau fibrillaire intra-alvéolaire.

Digitized by Google

Dans les parties plus foncées, les capillaires s'élargissent et les alvéoles sont plus petits. On constate, en ces points, des foyers hémorragiques dont la production est singulièrement facilitée par la faiblesse de la paroi vasculaire. Ces foyers se réunissent en une lacune, origine des cavités kystiques constatées à la coupe de la tumeur.

Le contenu de ces cavités est du sang liquide dont les éléments morphologiques sont plus ou moins altérés. Ces cavités n'ont point de paroi propre : les capillaires, élargis, y aboutissent directement et, ce sont les éléments cellulaires et les résidus du tissu conjonctif des travées plus importantes qui constituent leurs limites. Aussi, est-il plus exact d'appeler ces cavités *foyers hémorragiques* plutôt que *kystes*, cette dernière appellation entraînant l'existence d'une paroi propre.

Dans les alvéoles, délimités par le réseau capillaire, se logent des cellules polyédriques à noyau de dimension variable, quelquefois double, quelquefois multiple, à protoplasma granuleux. Ces granulations sont constituées par de la graisse. Le glycogène, signalé par Langhans comme habituel dans les tumeurs des capsules — il fait défaut dans ces organes à l'état normal — n'a pu être constaté malgré de nombreuses recherches.

Nous n'avons pas trouvé, non plus, les cellules « chromaffines » du prof. Stilling.

Nous devons noter, dans les parties où les hémorragies se sont produites, un aspect spécial des cellules intraalvéolaires. Leur contonr est peu net, leur protoplasma est quelquefois granuleux, d'autres fois, il est transparent totalement ou partiellement, donnant au corps cellulaire un aspect vasculaire. Cet aspect est dû, probablement, à la disparition des gouttelettes de graisse contenues dans la cellule à la suite de leur dissolution dans l'alcool qui a servi pour les manipulations nécessitées par l'examen microscopique. Le noyau se colore très faiblement. Les cellules subissent, ici, une dégénérescence favorisée par les troubles nutritifs consécutifs aux désordres vasculaires.

Nous n'avons trouvé, nulle part, des cordons épithélioïdes, des cavités kystiques à revêtement cellulaire cubique ou cylindrique, tels que d'autres auteurs les ont décrits dans des adénômes des capsules.

La tumeur est circonscrite, de toutes parts, par une capsule relativement épaisse qui détache, dans l'intérieur, de fins tubécules se dissociant très vite le long des vaisseaux les plus importants. Cette capsule est constituée par un tissu lamellaire, à lames parallèles denses, avec un très petit nombre de cellules. Elle limite les alvéoles et, fait important, en aucun point elle n'est envahie par les éléments du néoplasme. Elle se continue, extérieurement, par le tissu conjonctif lâche qui la reliait aux parties voisines.

Comment définir, au point de vue de l'anatomie pathologique, la tumeur que nous venons de décrire ? La première impression est que l'on est en présence d'un *carcinôme :* tumeur

Digitized by Google

alvéolaire, à cellules épithélioïdes sans substance intercellulaire. Ce fut le diagnostic posé après un premier examen par notre vénéré maître, le professeur Zahn. Malheureusement, la mort l'emporta avant que nous eussions pu discuter, avec lui, d'une façon plus approfondie ce diagnostic. Mais on peut trouver, dans le travail d'un de ses élèves, ses idées au sujet du carcinôme des capsules surrénales. Nous trouvons dans la thèse d'Armin Muller la description suivante d'un carcinôme primitif de la capsule surrénale : « Il est formé d'alvéoles anastomosés, remplis de cellules à caractère épithélial, sans interposition de substance intercellulaire. *Les alvéoles sont revêtus de cellules plates, endothéliales qui recouvrent la paroi conjonctive et la séparent du contenu épithélioïde alvéolaire, ce qui, d'après Zahn, constitue une des caractéristiques du carcinôme épithélial.* » Muller note, de plus « *l'infiltration du tissu interalvéolaire par de petites cellules rondes, nombreuses, surtout à la périphérie de la tumeur* (zône indifférente de Virchow). Un autre signe important pour la définition de la tumeur, *c'est que la capsule ne limite pas nettement le néoplasme, mais que celui-ci la pénètre et, même, la traverse çà et là.* »

Les passages que nous soulignons montrent la différence entre notre tumeur et un carcinôme : les signes les plus caractéristiques de la tumeur maligne manquent dans notre cas, où l'on ne trouve pas d'infiltration cellulaire interstitielle, pas de revêtement endothélial de la paroi alvéolaire et une intégrité absolue de la capsule d'enveloppe.

Remarquons toutefois, en passant, que la production du carcinôme épithélial, dans une capsule surrénale, est possible ; la substance médullaire, d'origine entodermique, pourrait être le point de départ de tumeurs de cette espèce.

La tendance, actuellement régnante chez les pathologistes, est de combattre et même de nier cette différenciation profonde des feuillets du blastoderme. Certains admettent que, par leur retour à un stade de développement moins avancé, les cellules, de n'importe lequel des trois feuillets, peuvent prendre un caractère indifférent qui les rend complètement semblables les unes aux autres. « Le terme épithélium, dit Gegenbauer, a un sens histologique, mais pas de sens embryogénique. »

Quelle que soit la manière de voir que l'on adopte, on est cependant obligé de reconnaître les différences de nature et de structure de ces diverses tumeurs. Le cancer épithélial est dû

Digitized by Google

à la pénétration de cellules différenciées dans un tissu d'un autre feuillet, tandis que les tumeurs mésodermiques naissent sur place. Il y a donc une révolution plus grande de l'équilibre histogénique dans l'apparition du cancer épithélial, révolution dont on retrouvera les traces dans la structure microscopique des tumeurs et dans leur évolution clinique. Dans le cancer épithélial, on voit le revêtement endothélial des alvéoles ne prendre aucune part au développement du néoplasme, tandis que, dans la tumeur mésodermique, c'est l'endothélium lui-même qui, par sa prolifération, comble les lacunes vasculaires sanguines ou lymphatiques qui donnent à la tumeur son aspect alvéolaire à alvéoles anastomosés.

Quant à la clinique, elle nous montre qu'un cancer est caractérisé par un accroissement rapide, la production de métastases et le rententissement sur l'état général. L'endothéliôme, au contraire, croît très lentement; il se généralise moins fréquemment ; quand on l'extirpe, il donne plus volontiers lieu à des récidives sur place qu'à une dissémination à distance, quoique celle-ci soit possible, mais, généralement, plus tardive.

Si nous nous reportons à l'histoire de notre malade, il faudra bien admettre que sa tumeur appartient plutôt au second groupe qu'au premier. Son accroissement n'a pas été très rapide et l'extirpation a été suivie d'une guérison complète, qui se maintient encore à ce jour ; non seulement la malade ne souffre plus, mais elle a repris de la vigueur et de l'embonpoint. Le temps écoulé depuis l'intervention ne permet pas, il est vrai, une conclusion très affirmative. Des cas ont été cités où une grande amélioration de l'état de santé a suivi pendant aussi longtemps l'extirpation de tumeurs manifestement malignes et aucun chirurgien ne se croira à l'abri de toute surprise tant que le résultat heureux ne se sera pas maintenu pendant un temps plus long.

Nous croyons avoir éliminé le diagnostic de carcinôme dans le cas de Mme X. S'agirait-il peut-être d'un *adénôme?* Sous cette dénomination, qui trahit bien la tendance moderne à ne pas admettre une distinction profonde entre les divers feuillets, Pilliet a décrit des tumeurs de la capsule surrénale — organe mésodermique et sans caractère glandulaire — qui dériveraient de l'organe normal comme un adénôme glandulaire épithélial dérive des glandes dans lesquelles il a son siège. La tumeur ainsi constituée aurait son point de départ dans le

Digitized by Google

parenchyme de la capsule surrénale ; elle se formerait aux dépens des éléments cellulaires de celle-ci. Nous avons vu la grande ressemblance des cellules intraalvéolaires de notre tumeur avec celles de la couche corticale de la capsule normale, mais ce caractère suffit-il à établir une filiation légitime ? Nous ne le croyons pas. Si grande qu'elle soit, cette ressemblance n'est pas absolue. D'autre part, la disposition du substratum connectif et de la vascularisation ne sont pas les mêmes que dans la capsule à son état normal.

Un fait plus important, nous semble-t-il, dans la détermination de notre tumeur, c'est la disposition générale de la vascularisation et ses rapports intimes avec les éléments néoplasiques. C'est l'arbre vasculaire qui préside aux destinées du néoplasme, favorisant sa croissance dans les endroits jeunes, où les éléments cellulaires sont vigoureux et entraînant leur déchéance en se détruisant lui-même dans les parties plus avancées où, par suite des ruptures vasculaires, les cellules dégénèrent et les foyers hémorragiques se produisent. Quant aux éléments cellulaires, leurs rapports ne pourraient être plus intimes. Plus de gaine périthéliale, le néoplasme, lui-même, constitue la paroi externe des vaisseaux, sur laquelle le revêtement endothélial repose directement.

Une disposition analogue se retrouve dans les tumeurs décrites sous les noms d'*endothéliôme* et de *périthéliôme* par les pathologistes allemands. Faut-il y rattacher notre tumeur ? Nous serions tentés de le faire, à en juger par l'aspect des points les plus nombreux de notre néoplasme. En d'autres endroits, cependant, l'idée de l'adénôme se présente avec insistance à l'esprit. D'autres pathologistes ont éprouvé les mêmes doutes et, pour se tirer honorablement de la situation, ils ont créé le terme d'*épinéphrôme* ou d'*hypernéphrôme* qui indique la provenance de la tumeur sans préjuger en rien de sa nature spécifique. L'étude d'un seul cas ne permet pas de trancher une question aussi délicate ; il faudrait, en particulier, y ajouter l'examen de tumeurs à leur premier début, examen qui lèverait peut-être bien des doutes. Nous nous rangerons donc à l'avis général et classerons le cas de Mme X. parmi les *hypernéphrômes* tout en avouant notre propension à en faire un *périthéliôme*.

Digitized by Google

En résumé, notre cas présente les particularités suivantes : Tumeur née de la capsule surrénale et non d'un germe aberrant ou inclus dans un organe voisin. Absence de glycogène dans les cellules, pas de cellules pigmentées, pas de cellules chromaffines. Tendance à la dilatation et à la rupture vasculaire avec formation de cavités hémorragiques. Tumeur bien encapsulée et à marche clinique bénigne.

Ce travail est le dernier que nous ayons entrepris sous la direction de notre maître vénéré, le professeur F.-W. Zahn. Qu'il nous soit permis de rendre hommage à sa mémoire, en rappelant le grand intérêt qu'il nous a toujours porté et la vive sympathie qu'il nous a toujours témoignée pendant les dix-sept ans où nous avons joui de la cordiale hospitalité de son laboratoire. Nous voulons aussi remercier M. le professeur H. Stilling qui a bien voulu revoir nos préparations microscopiques.

BIBLIOGRAPHIE

Max Borst. Die Lehre von den Geschwülsten, Wiesbaden, 1902.

Armin Muller. Ueber das Carcinom der Nebennieren, *Thèse de Genève*, 1895.

Mlle E. Issersohn. Recherches anatomiques sur la tuberculose caséeuse et miliaire des capsules surrénales, *Thèse de Genève*, 1904.

W. Wendel. Zur Chirurgie der Nebennierengeschwülste. Congrès allemand de chirurgie, avril 1904. *Arch. f. klin. Chir.*, vol. 73, 4e fascicule, 1904.

De nombreuses indications bibliographiques se trouvent dans les ouvrages que nous citons ici.

Dans quelles conditions le rapport entre un accident du travail et une attaque de rhumatisme articulaire aigu franc, peut-il être établi ?

Communication à la *Société médicale de Genève*, le 7 février 1906

par le Dr Ch. Julliard.

Messieurs,

L'étude des affections qui peuvent se développer à la suite des accidents du travail ne saurait laisser aucun médecin indifférent. Sans parler de l'importance du rôle qui nous a été attribué par les lois sur la responsabilité civile des fabricants,

Digitized by Google

importance dont chacun de nous est bien convaincu, il est un point qui justifie cette étude, la rend légitime et nécessaire, un point dont vous avez été, sans doute, frappés comme nous, à savoir : l'absence d'unité qui règne encore trop souvent, soit dans la manière dont les médecins conçoivent les effets d'un accident du travail, soit dans les motifs qu'ils allèguent pour établir un rapport de causalité certain ou probable entre les deux phénomènes.

Cette absence d'unité qui a peut-être, dans certains cas, de bonnes raisons d'être en clinique courante, se fait cruellement sentir et produit des effets fâcheux dans cette branche spéciale des sciences médicales qu'est « la médecine des accidents du travail ».

Ici, l'opinion du médecin a des conséquences qui dépassent le cadre de la pratique journalière. Elle crée un précédent. Consacrée qu'elle est, en général, par un jugement, elle étend ses effets fort loin, au hasard de la jurisprudence.

Cette absence d'unité dans nos décisions — nous ne voulons pas dire de similitude, car les cas que nous apprécions sont essentiellement individuels — en entraîne une autre dans les arrêts des tribunaux. Or, rien n'est plus malheureux qu'une jurisprudence incertaine, flottante, versatile ou contradictoire. Et, cependant, si vous parcourez un peu attentivement les arrêts rendus par les tribunaux de différents pays ou même d'un seul, vous vous convaincrez, qu'en matière d'accidents du travail, c'est le spectacle qu'elle offre parfois.

Cette absence d'unité, si préjudiciable aux intérêts de la classe ouvrière, procède de deux causes :

1° De l'incertitude de nos connaissances scientifiques sur plusieurs points de la pathologie que nous ne sommes pas en mesure de préciser à la requête d'un tribunal et qui sont, éventuellement, résolus plus ou moins judicieusement par le juge.

2° Du peu de connaissances de quelques médecins experts sur la jurisprudence nationale, ou des pays voisins, concernant le cas qu'ils doivent apprécier.

L'expert juge parfois « selon son impression », impression fondée sans doute sur une érudition et une expérience réelles, mais qui a le défaut de ne pas tenir un compte suffisant des faits établis ou des hypothèses soulevées par des expertises antérieures, lesquelles sont souvent rédigées par des médecins ayant une connaissance approfondie et une pratique constante des cas de même nature.

Digitized by Google

C'est dans le but d'apporter une modeste contribution à l'étude de cette jurisprudence, sur l'importance de laquelle nous insistons encore, que nous voulons exposer devant vous l'état de la question des rapports entre un accident et une attaque de rhumatisme articulaire aigu franc, non point dans tous ses détails, mais tel qu'il résulte de l'examen des expertises et jugements que nous avons pu recueillir dans la littérature. Peut-être, pourrons-nous alors établir des points de repère, des lignes communes qui permettront la comparaison et, par là, l'appréciation plus juste des cas isolés.

Nous serons heureux si nous pouvons susciter votre critique et l'apport de faits nouveaux découlant de votre expérience.

A la suite des travaux de Charcot et Verneuil (1876), on a publié un nombre considérable de cas dans lesquels une attaque de rhumatisme articulaire aigu s'est développée à la suite d'un traumatisme.

Des observateurs attentifs comme Potain, Terrillon, Lasègue, Rigal, Fritz, ont parfaitement remarqué qu'il paraissait exister, dans un certain nombre de cas, une relation de cause à effet entre les deux phénomènes ; aussi, aujourd'hui, malgré l'ignorance dans laquelle nous sommes encore plongés sur l'étiologie de cette affection, admet-on, à peu près généralement, qu'à côté des causes favorisantes ordinaires du rhumatisme aigu franc (refroidissement, humidité, etc.), il faut faire une part légitime au traumatisme.

Plus tard, et sous l'influence des lois sur les accidents du travail, les faits de cet ordre se multiplièrent et, surtout, se précisèrent. Müller, Thiem, Seitz, Schultze-Berge, Golebiewski, Dünns, Stern, Pribraum, Kissinger, Wolff, Bernstein, etc., publièrent chacun des observations où la relation entre l'accident et la maladie était plus ou moins bien établie.

On alla même un peu loin, et il existe des cas de rhumatisme articulaire aigu, développés à la suite d'une plaie, qui ne sont, probablement, pas autre chose que des septicémies plus ou moins accusées.

Seitz[1] a réuni, dans une intéressante statistique, les cas que l'on peut envisager comme post-traumatiques.

Sur 771 cas de rhumatisme articulaire aigu qu'il a pu

[1] *Monatschrift f. Unfallheilk.*, 1899, p. 433.

Digitized by Google

recueillir, il en a trouvé 38, soit le 4,9 °/₀, dont l'origine est attribuable au traumatisme.

Sur ces 38 cas, 34 fois la maladie débuta par l'articulation blessée et 4 fois, seulement, par d'autres jointures. On avait affaire, en fait de trauma, principalement à des entorses, luxations, distorsions, contusions ou chutes.

La date de l'apparition des premiers symptômes est à retenir.

Dans	15	cas	ils	apparurent	dans les 3 prem.	jours	apr.	l'accid.
»	12	»	»	»	8	»	»	»
»	1	»	»	»	10	»	»	»
»	3	»	»	»	14	»	»	»
»	1	»	»	»	21	»	»	»
»	2	»	»	»	28	»	»	»

Donc, dans le 79,4 °/₀ des cas, ils se montrèrent dans la première semaine qui suivit l'accident.

Sur les 38 malades, 3 avaient déjà eu des attaques de rhumatisme.

L'affection fut 8 fois monoarticulaire, 30 fois polyarticulaire.

Comme il était à prévoir, la question fit bientôt partie de la jurisprudence des accidents du travail. Les réclamations se firent entendre de la part de certains malades qui, à la suite d'un accident, parfois insignifiant, avaient été pris de fièvre, de douleurs et de gonflement des articulations, voire même de lésions cardiaques ou pleurales et qui demandaient une indemnité. Quelques ouvriers, voulant abuser des bénéfices que leur confère la loi qui les protège, accusèrent un accident de les avoir fait devenir « rhumatisants ».

Il fallut établir un criterium. Mais, là, commençèrent les difficultés. Méconnaissant la cause réelle du rhumatisme, on risquait de se méprendre grandement en voulant déterminer la responsabilité de tel ou tel accident.

Et, pourtant, il fallait agir. On procéda alors au mieux possible, en se laissant parfois guider simplement par le bon sens ou le raisonnement, en se basant sur les *probabilités les plus vraisemblables*, la preuve absolue faisant toujours défaut.

Ces probabilités, cependant, acquirent, peu à peu, une certaine importance en la matière et il n'est presque pas d'expertise ou de jugement qui n'en fasse mention aujourd'hui. Ce sont elles que nous allons essayer de dégager des onze expertises que nous avons pu retrouver dans les comptes rendus

Digitized by Google

officiels de l'Office impérial allemand des assurances à Berlin *(Reichsversicherungsamt)* ou que nous n'avons pu, malheureusement pour quelques-unes, recueillir que de seconde main.

Toutes ces expertises ont été faites en Allemagne. Malgré nos recherches, nous n'avons pas pu en retrouver en Suisse ou en France.

A. — *Cas où le rapport entre l'accident et la maladie a été admis* (observations résumées).

Cas I. — Maréchaux, *Aertzliche Sachverstandig. Zeit.*, 1900, n° 13. Ref. in *Monatschrift f. Unfallheilk.*, 1900, p. 259.

Homme de 51 ans, victime d'une contusion de l'épaule droite et d'une entorse de cette articulation à la suite d'une chute, le 2 janvier 1899. Après guérison, il persiste une invalidité estimée à 20 %.

Le lendemain de cette guérison, apparaît un rhumatisme articulaire qui débute par l'épaule lésée puis gagne toute une série d'autres articulations. Le malade intente alors une action en appel, prétendant qu'il s'est installé dans la région malade, à la suite de l'accident, un violent rhumatisme.

Le médecin commis par le tribunal *(Schiedsgericht)* déclare qu'il n'existe pas de rapport entre l'accident et la maladie.

La victime adresse un recours à l'Office impérial des assurances allemand qui rend un arrêt en faveur de l'ouvrier, considérant que : *l'accident a exercé une influence sur l'apparition de la maladie par le fait que le rhumatisme est survenu dans l'articulation lésée par l'accident plus fortement que dans les autres et qu'il y persiste actuellement, tandis qu'il a disparu dans les autres jointures* [1].

Le temps qui séparait l'accident de l'apparition du rhumatisme était de trois mois.

Cas II. — Maréchaux, *Ibid.*

Homme de 25 ans, atteint d'une fracture de la rotule droite. Après un traitement de *quatre mois*, il sort de l'Hôpital avec une réunion fibreuse dense des deux fragments.

Le jour de la sortie, il contracte un violent rhumatisme qui débute par le genou malade puis gagne, les jours suivants, l'autre genou, puis d'autres articulations.

Le malade guérit de ses lésions et reçoit une rente égale à 33 1/3 % de son salaire. L'auteur est d'avis que *le genou malade qui fut soumis à une forte fatigue dans le trajet entre l'hôpital et le domicile doit être considéré comme placé dans un état plus grand de réceptivité par l'accident et que le rhumatisme qui s'y est développé doit être envisagé comme une conséquence de celui-ci.*

[1] C'est nous qui soulignons ainsi que dans toutes les expertises suivantes.

Digitized by Google

Cas III. — Becker, *Ibid.*, 1900, n° 12. Ref. in *Monatsch. f. Unfallheilk.*, 1900, p. 258.

Homme de 40 ans, nettoyeur, ayant eu deux crises de rhumatisme antérieurement à l'accident. Le 12 décembre 1898, il se fait une entorse de l'épaule droite qui a pour conséquence des troubles de la motilité pour lesquels une rente estimée à 40 % du gain est allouée.

En août 1899, le malade demande au tribunal d'élever le taux de la rente parce qu'une aggravation s'est produite dans son état. En effet, depuis le commencement de juillet, l'épaule droite est devenue douloureuse et plus difficile à mouvoir et, à gauche, il y a aussi de la douleur et du gonflement.

Après un traitement de cinq semaines, un rapport du médecin qui a suivi le malade déclare que les douleurs ont cessé, mais que les troubles de la motilité persistent dans l'épaule lésée.

Le médecin expert admet que : *le retour d'une attaque de rhumatisme, spécialement dans l'articulation lésée par l'accident, justifie le rapport entre celui-ci et la maladie*, mais que, dans le cas particulier, comme, après la cessation des douleurs rhumatismales, l'épaule est revenue à son état antérieur, il n'y a pas lieu d'élever la rente.

Cas IV. — Piltz, *Monatschrift fur Unfallheilk.*, 1899, p. 388.

Un employé de chemin de fer, âgé de 30 ans, vigoureux, est atteint à la jambe par un boulon de rail en soulevant une barre de fer.

Huit heures après, on constate de la fièvre, des douleurs et du gonflement des deux pieds et des deux genoux. Le jour suivant, on constate de l'endocardite et, deux jours après, le malade meurt dans le collapsus.

La veuve actionna la Compagnie en vue d'obtenir une rente, prétendant que son mari était tout à fait sain avant l'accident et était mort des suites de celui-ci.

L'auteur, commis par la Direction des chemins de fer de Magdebourg, afin d'exprimer son avis sur le cas en question, déclara que, jusqu'alors, il ignorait que, dans les traités, on fit mention du trauma comme cause de rhumatisme articulaire, mais, *comme il existe dans l'étiologie de cette maladie de nombreux points obscurs, on ne pouvait pas rejeter d'emblée le rapport entre la maladie et l'accident.*

D'après cette expertise, la veuve reçut sa rente.

Cas V. — Thiem, *Deuts. med. Zeit.*, 1902, n° 65. Ref. in *Monatschrift f. Unfallheilk.*

Un homme de 47 ans est victime, le 24 octobre 1901, d'une contusion du thorax, à droite, par chute dans un escalier.

Le 16 décembre, on constate un gonflement léger de la région et de la sensibilité exagérée de l'épaule droite. *Le 31 décembre*, éclate un rhumatisme articulaire certain. Il en résulte de l'amaigrissement du bras droit, de la crépitation dans l'articulation lésée dont les mouvements sont limités, puis du gonflement des articulations de la main, du poignet,

Digitized by Google

enfin des genoux et des pieds. Le 27 mars 1902, on constate encore du gonflement, de la douleur et une ankylose presque complète de l'épaule droite, du poignet et de l'articulation tibiotarsienne droite et un gonflement douloureux des genoux.

Thiem conclut, dans son expertise, que le rapport entre l'accident et le rhumatisme est probable. La corporation a admis cette manière de voir.

B. — *Cas où le rapport entre l'accident et la maladie n'a pas été admis.*

Cas VI. — Maréchaux, Ref. in *Monatsch. f. Unfallheilk.*, 1900, p. 250.

Un homme de 55 ans est victime d'une entorse du poignet droit avec rupture des ligaments et épanchement sanguin dans l'articulation, à la suite d'une chute. Il subit un traitement médical pendant un mois, à la suite duquel il est considéré comme guéri. L'accident n'a pas laissé de suites.

Quelques jours après la guérison, apparaît un fort rhumatisme articulaire qui fut considéré par le médecin comme une conséquence de l'accident, parce que *le malade avait été forcé, par l'accident, de séjourner nuit et jour dans son domicile qui était très malsain et humide,* tandis qu'auparavant il ne devait y rester que la nuit. La main droite ne fut pas atteinte par le rhumatisme.

L'auteur, qui fut chargé d'une expertise sur ce cas, fit remarquer que le malade était exposé aux mauvaises influences de sa maison également pendant les périodes d'interruption de la navigation (le malade était employé sur un bateau) et que, du reste, même pendant sa maladie, rien ne l'eût empêché d'aller à l'air ou de se chercher un autre logis. Mais, avant tout, *il fallait considérer que la région traumatisée (poignet droit) n'avait pas été atteinte par le rhumatisme.* C'est pourqui le rapport entre la maladie et l'accident devait être écarté.

Cas VII. — Becker, *Aertzliche Sachverstandig. Zeit.*, 1900 n° 12. Ref. in *Monat. fur Unfallheilk.*, 1900, p. 258.

Une femme de 59 ans, malade depuis dix ans de rhumatisme dans différentes articulations, surtout dans les tibio-tarsiennes, est victime, le 13 mai 1899, d'une entorse du pied gauche. Au moment de l'accident, elle n'avait pas de crise de rhumatisme.

De suite après l'accident, apparaissent des douleurs et du gonflement dans les articulations. Huit jours plus tard, les deux pieds sont douloureux, le gauche avant le droit ; enfin, les mêmes symptômes apparaissent dans les deux épaules.

Au bout de quatorze jours de traitement, les douleurs cessent. La malade reprend son métier de portière le 26 juillet 1899. Le 16 septembre, les douleurs reparaissent dans les deux pieds et les deux épaules. On institue un traitement médical. Il s'agit de rhumatisme polyarticulaire avec lésion cardiaque.

Digitized by Google

Le pied gauche, atteint par l'accident, n'est pas enflé, ni douloureux ; il n'y a pas de craquements pendant les mouvements.

Dans son expertise, Becker n'admet pas le rapport entre l'accident et la maladie, parce que, entre le 26 juillet et le 16 septembre, *il n'y a eu aucune douleur dans l'articulation lésée et, lors de cette dernière attaque, le pied blessé antérieurement n'a pas été atteint. Si cette articulation avait été particulièrement atteinte, on aurait été autorisé à conclure qu'il s'est produit, à la suite de l'accident, une localisation intense du processus morbide à cet endroit.*

Cas VIII. — Maréchaux, *loc. cit.*

Un homme de 30 ans fait une chute d'un mètre et demi de haut et est victime d'une contusion des deux hanches et du poignet droit.

Deux jours après l'accident, tandis que les douleurs s'étaient améliorées dans les articulations, il contracte un rhumatisme articulaire aigu qui attaque, en premier lieu, les deux épaules. T. 39°. Les jours suivants, les deux coudes se prennent ainsi que les deux poignets et la fièvre persiste pendant un certain temps.

Dans l'expertise, Maréchaux est d'accord avec le médecin traitant pour dire que l'accident n'est pas responsable, dans le cas particulier, de l'apparition du rhumatisme, *car celui-ci a débuté par des articulations qui n'ont pas été atteintes par l'accident* et parce que la douleur causée par le rhumatisme, dans les hanches, a été moins forte que celle causée par l'accident.

Cas IX. — Körte (surexpertise), *Amtlich. Nachricht. d. Reichsversicherungsamt*, 1904, p. 517 (*in extenso*).

Le malade H. a fait des efforts, le 8 mai 1901, en voulant retenir un wagon qui commençait à rouler et veut rapporter à cet événement, qualifié par lui d'accident, une affection rhumatismale qui s'est déclarée quatorze jours plus tard et dont les suites ne sont pas encore entièrement guéries.

Il souffre, en outre, de pied plat manifeste qui le faisait souffrir avant l'accident et a été victime d'une fracture d'un os du pied, en avril 1900.

D'après l'expertise du Dr Sch., on constatait encore, en juillet 1902, les symptômes suivants : Fatigue générale, tremblement du bras droit, douleurs dans le pied et le genou pendant la marche, mais dans les deux jambes aussi pendant le repos ; enfin, une sensation de vertige pendant le travail. En dehors du pied plat bilatéral, l'exploration minutieuse avec les rayons Röntgen n'a révélé aucun trouble morbide dans l'organisme de H.

D'après l'opinion de Körte, il ne s'agit pas ici d'un accident proprement dit car, après son effort, *H. a continué à travailler* et n'a pas été entravé dans son travail pendant les huit à dix jours suivants. C'est alors qu'apparurent les douleurs dans *différentes articulations* (pied,

Digitized by Google

genou, dos, bras). Elles augmentèrent rapidement et clouèrent le malade au lit à la fin de mai.

D'après l'allure fébrile de la maladie, le gonflement des articulations, ainsi que d'après les déclarations du médecin traitant, il y a lieu d'admettre qu'il s'agissait d'un rhumatisme articulaire aigu.

D'après l'opinion de Körte, il n'est pas établi qu'un *rhumatisme articulaire aigu puisse être déterminé par un accident.* Si ce rhumatisme était survenu dans les *trois jours* qui ont suivi l'effort, on pourrait admettre *comme vraisemblable* qu'il a été causé par lui.

D'après l'état actuel de la science, le rhumatisme articulaire aigu doit être envisagé, vraisemblablement, comme une maladie infectieuse et qui peut être provoquée par le refroidissement et l'humidité. En tous cas, l'apparition de cette maladie causée par un effort, sans le concours de ces influences fâcheuses, n'est pas prouvée scientifiquement et *est improbable.*

Si H. avait eu l'infection en lui au moment de l'accident, *elle aurait dû se déclarer de suite après celui-ci* et il n'aurait pas pu continuer à travailler ; mais, comme il s'est écoulé dix à quatorze jours entre l'accident et le début de la maladie, Körte considère qu'un rapport de cause à effet entre l'un et l'autre est très peu probable.

Le Reichversicherungsamt a admis cette manière de voir, a cassé le jugement du tribunal arbitral qui avait alloué une rente et a rétabli la décision de la corporation.

Cas X. — Fürbringer, *Amt. Nach. d. R. V. A.*, 1901, p. 492 (résumé).

L'auteur avait à répondre à deux questions posées par le tribunal :

1° Dans quelle mesure une blessure extérieure peut-elle être envisagée comme cause d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu et quelles sont les circonstances qui doivent être réalisées pour que le rapport entre les deux phénomènes soit prouvé ou, tout au moins, très vraisemblable ?

2° Le malade en question, B., est-il mort d'un rhumatisme articulaire aigu consécutif à l'accident ?

La réponse à la première question seule nous intéressse, car elle est envisagée à un point de vue général. L'auteur déclare que, d'après la littérature récente, *on n'admet pas qu'un accident — sous forme de blessure extérieure — puisse, en lui-même, être la cause d'un vrai rhumatisme articulaire aigu* — lequel doit, du reste, être envisagé comme une maladie infectieuse.

Mais cette blessure peut, comme cela a lieu pour la pneumonie aiguë, *provoquer, en qualité de cause adjuvante, l'apparition de la maladie et déterminer sa localisation première.*

Pour que le rapport entre l'accident et la maladie soit établi avec vraisemblance, *le fait que l'articulation lésée par l'accident est prise la première n'est pas suffisant.* On doit, au contraire, *prêter beaucoup plus d'at-*

Digitized by Google

tention à la succession non interrompue des symptômes. Enfin, le délai qui sépare l'accident du début de la maladie doit être court et se compter par heures et par jours.

Plus ce délai dépasse quelques jours (un terme fixe ne peut encore être établi aujourd'hui), moins le rapport entre les deux phénomènes est probable.

La conclusion de l'auteur à la seconde question est qu'il s'agit, dans le cas particulier, non d'un rhumatisme, mais d'une septicémie.

Le Reichversicherungsamt a admis cette manière de voir.

Cas XI. — Thiem, *Handbuch d. Unfallerkrankungen*, Stuttgart, 1898, p. 192. Expertise adressée à la *Nord-deutsche Holzberufsgenossenschaft* (résumée).

L'auteur est chargé d'examiner le menuisier G., de Cottbus, le 6 octobre, et de dire si l'inflammation que celui-ci a présentée, du 2 au 3 août, à l'épaule gauche et à la nuque d'abord, puis à d'autres articulations et qui avait l'aspect d'un rhumatisme articulaire aigu, doit être considérée comme la conséquence d'un accident survenu le 23 mai.

Cet accident avait consisté dans la pénétration d'un long clou à travers la pantoufle, entre les quatrième et cinquième métatarsens gauches, sans traverser la peau de la face supérieure du pied. Le dos de celui-ci avait cependant présenté, le 28 mai, du gonflement, de la rougeur, de la douleur, mais il n'y avait pas eu suppuration.

G. travailla après l'accident, après avoir lui-même retiré le clou, mais resta à la maison depuis le lendemain, revint à la fabrique huit jours plus tard et y travailla sans interruption jusqu'au 2 août au soir, c'est-à-dire pendant *neuf semaines*.

Il ressentit, dit-il, toujours des douleurs au niveau de la région atteinte, mais la chose est douteuse, puisqu'il continua à travailler sans demander le médecin.

Celui-ci, mandé le 3 août, constata une arthrite tibiotarsienne avec gonflement de tout le pied gauche. Bientôt, le pied droit, les deux genoux, les deux poignets, les deux coudes furent atteints.

Le 6 octobre, on constatait encore de la raideur à la nuque, du gonflement de la main droite et de l'articulation du gros orteil. On voit à peine la cicatrice de la blessure. Il n'existe aucune inflammation à ce niveau.

L'auteur arrive à la conclusion qu'il s'agit bien d'un rhumatisme articulaire aigu et non de lésions septicémiques ou métastatiques.

Il conclut que le rhumatisme est, très probablement, une maladie infectieuse, mais dont l'agent, encore inconnu, ne paraît pas pouvoir s'identifier avec ceux qui provoquent l'inflammation ou la suppuration et, même, si cela était, la pathogénie de l'affection constatée chez G. ne pourrait pas s'expliquer de cette façon, puisque *l'inflammation primitive a disparu, au bout de huit jours, sans suppurer et qu'on n'a constaté, pendant les neuf semaines qui ont séparé la reprise du travail de l'appari-*

Digitized by Google

tion des accidents, aucune inflammation secondaire ou une récidive au niveau de la blessure.

En conséquence, Thiem conclut que le rhumatisme articulaire, non encore guéri, n'est, d'après son opinion, aucunement en rapport avec l'accident du 23 mai.

Examinons, maintenant, les motifs exposés dans les rapports précédents et qui ont permis d'admettre ou de rejeter la possibilité de l'existence d'un rapport entre l'accident et la maladie et voyons s'il est possible de les grouper en caractères généraux de quelque importance.

I

La possibilité de *l'origine traumatique* d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu franc, en supposant le diagnostic de l'affection dûment établi[1], est admise par tous les experts, encore que la preuve définitive fasse défaut.

Cette possibilité est-elle suffisamment vraisemblable, le tribunal s'en contente et se base sur elle pour rendre son jugement.

Quant à la *nature de l'accident qui a déterminé l'attaque,* elle est très variable. Parmi les traumatismes articulaires, nous relevons surtout l'entorse, avec ou sans contusion, la fracture d'un os intraarticulaire (rotule), etc.

Nous voyons dans un cas (cas V) qu'une contusion du thorax a été admise comme la cause d'un rhumatisme ayant débuté par l'épaule du même côté. Ce fait démontre que la responsabilité, concernant la production de la maladie en question, ne serait pas encourue seulement par les traumatismes articulaires.

Il est plus intéressant de connaître l'avis des experts sur la question de savoir si une attaque de rhumatisme articulaire aigu peut se développer à la suite et comme conséquence d'une

[1] Lors de la discussion qui a suivi la lecture de ce travail à la *Société médicale de Genève,* plusieurs membres ont insisté sur la difficulté qu'il pouvait y avoir à établir ce diagnostic dans certains cas. Il importe, en effet, de ne pas confondre le rhumatisme articulaire aigu franc avec une septicémie ou un rhumatisme infectieux (blennorragique, streptoccocique, pneumoccocique, etc.). Dans ces derniers cas, la détermination du rapport entre l'accident et la maladie devra se baser, en partie, sur d'autres éléments que ceux que nous allons signaler, différents selon chaque espèce et qui se laissent aisément entrevoir. Dans les cas douteux, la conduite de l'expert devra être très prudente ; au besoin, il devra réserver ses conclusions.

Digitized by Google

plaie ou d'un *effort*. Une seule expertise, malheureusement, traite de chacune de ces deux alternatives, mais les noms de leurs auteurs, Fürbringer et Körte, ne nous permettent pas de les passer sous silence.

Cette étude n'étant pas destinée à une analyse et à une critique détaillées des arguments qui plaident en faveur de telle ou telle étiologie du rhumatisme, critique dont nous laissons le soin à de plus compétents que nous, bornons-nous à citer, textuellement, les conclusions des experts. Libre, à chacun, de les discuter par la suite.

A propos de l'action des plaies, Fürbringer dit : « D'après la littérature récente, on n'admet pas qu'un accident, sous forme de blessure extérieure, puisse, de lui-même, être la cause d'un vrai rhumatisme articulaire aigu, lequel doit, du reste, être envisagé comme une maladie infectieuse. Mais cette maladie peut, comme *cela a lieu pour la pneunomie aiguë, provoquer, en qualité de cause adjuvante, l'apparition de la maladie et déterminer sa localisation première* »[1] (Cas X).

Cette déclaration, comme on le voit, a pour conséquence d'engager, dans certains cas, la responsabilité des accidents qui ont occasionné des plaies.

Quant à l'influence de l'effort, elle apparaît à Körte, au contraire, comme très douteuse : « D'après l'état actuel de la science, dit-il, le rhumatisme articulaire aigu doit être envisagé, très vraisemblablement, comme une maladie infectieuse et peut être provoqué par le refroidissement et l'humidité. En tous cas, l'apparition de cette maladie, causée par un effort, *sans le concours de ces influences fâcheuses, n'est pas prouvée scientifiquement et est improbable* ». Puisqu'il est question des influences fâcheuses qui peuvent exercer une action favorisante sur la production de l'attaque de rhumatisme, il importe de rappeler que ces influences doivent être prises en sérieuse considération par l'expert chargé de déterminer les causes de la maladie. Le fait, par exemple, que le blessé était en transpiration au moment de l'accident, puis a été transporté dans un local froid ou humide, augmentera beaucoup les présomptions en faveur de l'origine accidentelle (nous ne disons pas traumatique) de l'affection, surtout lorsqu'il sera établi que ce fait a été sous la dépendance directe de l'accident.

[1] C'est nous qui soulignons.

Digitized by Google

II

Passons, maintenant, aux caractères d'évolution clinique requis pour rendre vraisemblable le rapport de cause à effet entre l'accident et la maladie.

Sur les cinq expertises que nous avons enregistrées et dans lesquelles cette relation a été admise, il faut, d'emblée, en écarter une pour incertitude de diagnostic. Il s'agit du cas de Piltz (cas IV), concernant un homme atteint à la jambe par un boulon de rail et qui présenta, huit heures déjà après l'accident, de la fièvre, des douleurs et du gonflement des pieds et des genoux ; le jour suivant, il se déclarait une endocardite et, deux jours plus tard, le malade succombait dans le collapsus.

Il paraît évident que la mort est, ici, la conséquence de l'accident, mais il semble fort douteux qu'on ait eu affaire à un rhumatisme articulaire aigu, étant donné la grande rapidité d'évolution de la maladie et l'on peut se demander s'il ne s'agissait pas ici, en somme, d'une septicémie.

Au reste, les conclusions du rapport de Piltz ne nous sont pas d'un grand secours et ne peuvent que nous encourager dans la voie de la prudence en matière d'expertise de ce genre. « Comme il existe, dit-il, dans l'étiologie de cette maladie (rhumatisme) de nombreux points obscurs, on ne peut pas rejeter d'emblée le rapport entre la maladie et l'accident.»

L'examen des dix cas qui restent nous montre d'abord la grande importance attribuée au fait que le rhumatisme *a débuté par l'articulation lésée par l'accident* ou *que celle-ci a été plus fortement atteinte que les autres par la maladie* (voir arrêt du Reichsversicherungsamt, cas I). C'est, en somme, attribuer au traumatisme la responsabilité de la production du *locus minoris resistentiæ*.

Dans tous les cas où le rapport a été admis entre l'accident et la maladie, celle-ci a débuté par la jointure primitivement blessée.

Nous trouvons, d'autre part, comme motif suffisant pour écarter ce rapport :

« Le fait que la région traumatisée n'a pas été atteinte par le rhumatisme » (cas VI) ; « le fait que, lors de la dernière attaque, le pied blessé antérieurement n'a pas été atteint ; si cette articulation avait été particulièrement atteinte, on aurait

Digitized by Google

été autorisé à conclure qu'il s'est produit, à la suite de l'accident, une localisation intense du processus morbide à cet endroit » (cas VII).

Dans le cas VIII, l'auteur déclare que « l'accident n'est pas responsable de l'apparition du rhumatisme, car celui-ci a débuté par des articulations qui n'ont pas été atteintes par l'accident ».

Fürbringer (cas X) émet, lui, l'opinion que « le fait que l'articulation, lésée par l'accident, est prise la première, quoique de grande valeur, n'est pas suffisant pour que le rapport entre la maladie et l'accident soit établi avec vraisemblance ».

Nous avons donc affaire ici, semble-t-il, à un fait général dont tous les experts ont tenu compte.

Est-il juste, cependant, de lui attribuer un caractère toujours aussi exclusif ? Un traumatisme ne peut-il pas provoquer une attaque dans une articulation distante ? Et, d'autre part, un rhumatisme développé sous l'influence de causes non traumatiques, extra-accidentelles, ne peut-il pas se manifester, *en premier lieu,* dans une jointure amoindrie dans sa résistance, affaiblie, sans que l'accident soit aucunement responsable de son apparition ?

Notons, pour en finir avec ce caractère, que Seitz, dans sa statistique, a trouvé que 34 fois sur 38, soit dans le 89 % des cas, l'attaque avait débuté par l'articulation blessée.

III

Le second trait saillant qui ressort de l'examen de nos expertises est *l'état de l'articulation blessée pendant l'intervalle qui sépare l'accident de l'apparition des premiers symptômes rhumatismaux.*

Nous trouvons, en substance, catégoriquement exprimée dans plusieurs expertises, l'affirmation suivante : *Lorsqu'une lésion articulaire, imputable à un accident, s'est guérie dans l'intervalle qui sépare celui-ci du début de l'attaque de rhumatisme, lorsqu'elle a permis à l'ouvrier de reprendre son travail, alors même que la maladie apparaîtrait, en premier lieu, à son niveau, le rapport entre l'accident et la maladie doit être écarté* (cas IX, X et XI).

Cette déclaration nous paraît assez justifiée. Si l'accident a eu pour conséquence de réveiller la diathèse rhumatismale, de

Digitized by Google

mettre en évidence un état latent, il est logique d'admettre que la maladie doit être rattachée au traumatisme incriminé par une succession ininterrompue de symptômes parmi lesquels il faut signaler, en premier lieu : la douleur, le gonflement ou l'épanchement au niveau de la jointure.

Si l'on admet la thèse opposée, il faudrait croire que l'accident a bien révélé la diathèse, mais que celle-ci s'est rendormie pour un certain temps pour se manifester, tout à coup, de nouveau ou bien qu'il existe, pour le rhumatisme, une période d'incubation bien déterminée, analogue à celle de tant d'autres maladies infectieuses.

Or, ces données sont encore trop vagues pour que l'on songe à tabler sur elles pour établir un jugement et décider de responsabilités souvent fort onéreuses. Il semble préférable — en attendant les progrès de la science dans ce domaine — de s'en tenir à la première affirmation.

IV

La *durée du temps* qui sépare l'accident du début de la maladie constitue, pour certains experts, un élément très utile, parfois décisif, pour trancher la question du rapport entre les deux phénomènes.

La comparaison des divers jugements, par contre, ne permet pas d'établir une donnée uniforme. Les jugements, émis par un même tribunal, sont parfois contradictoires — ce dont la faute doit être attribuée à l'expertise médicale. Qu'on nous permette simplement de comparer deux de ces arrêts, très instructifs à cet égard, parce qu'ils illustrent ce que nous avons dit, en commençant, sur les conséquences du manque d'unité dans les déclarations médicales. Ces deux arrêts ont été rendus, à quelques années d'intervalle, tous deux par l'Office impérial allemand des assurances.

Dans le premier cas (cas I), ce tribunal admet la relation, entre l'accident et la maladie, comme probable, alors que celle-ci débute trois mois après le traumatisme. Dans le second cas (cas IX), il fait siennes les conclusions de l'expert qui rejette cette relation principalement par le fait que la maladie a apparu quatorze jours après l'accident, considérant que « si le rhumatisme avait été causé par l'accident, il aurait dû se déclarer de suite après celui-ci ».

Digitized by Google

Il serait bon, pourtant, de s'entendre et de savoir si l'on peut admettre, dans l'état actuel de nos connaissances, que, passé un certain délai, la relation entre l'accident et la maladie devient peu probable.

D'après l'avis de certains médecins, ce délai doit être très court. Fürbringer déclare « qu'il doit se compter par jours et par heures. Plus il se prolonge au-delà de quelques jours (un terme fixe ne pouvant être établi aujourd'hui), moins le rapport entre les deux phénomènes est probable ».

Körte est plus catégorique : « Il n'est pas établi, dit-il, qu'un rhumatisme articulaire aigu puisse être déterminé par un accident, mais, si ce rhumatisme était survenu dans les trois jours qui ont suivi l'effort, on pourrait admettre, comme vraisemblable, qu'il a été causé par lui ».

Rappellons-nous, enfin, que la statistique de Seitz accuse 80 cas sur 100 où la maladie est apparue dans la première semaine qui a suivi l'accident.

Il est inutile d'insister. Plus le délai, qui sépare l'accident de la maladie, est court (quelques jours), plus la relation entre les deux phénomènes sera probable.

V

Nous ne nous sommes occupé, jusqu'à présent, que des cas où l'attaque de rhumatisme apparaissait pour la première fois chez la victime. Il devient beaucoup plus malaisé de déterminer la responsabilité d'un accident chez un malade qui a déjà eu des crises antérieures.

Celles-ci, nous le savons bien, peuvent revenir à chaque instant, être provoquées par des circonstances qui ne sortent pas du cadre de la vie journalière, par la température, l'humidité de l'atmosphère, etc., mais elles peuvent également avoir pour cause déterminante un traumatisme qui réveille la diathèse, provoque la récidive. Dans les deux rapports qui traitent de la question, nous trouvons :

« Si cette articulation (tibio-tarsienne) avait été particulièrement atteinte (par le rhumatisme), on aurait été autorisé à conclure qu'il s'est produit, à la suite de l'accident, une localisation intense du processus morbide à cet endroit ». La malade en question souffrait, depuis dix ans, de rhumatisme (cas VII).

Et ailleurs (cas III) : « Le retour d'une attaque de rhuma-

Digitized by Google

tisme dans l'articulation spécialement lésée par l'accident, justifie le rapport entre la maladie et l'accident ». Dans ce cas, le malade avait eu deux crises antérieures.

Il résulte donc de ces deux rapports que l'accident peut être envisagé comme responsable des lésions résultant de la récidive d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, si cette récidive se produit dans des conditions analogues à celles qui ont été exposées plus haut pour l'attaque primitive.

La grande difficulté pratique consistera à faire le départ aussi exact que possible entre les lésions articulaires ou viscérales causées par cette récidive et celles provenant d'attaques précédentes.

VI

Il resterait encore bien des points à examiner à propos de la question qui nous occupe, notamment l'influence d'un traumatisme sur l'état antérieur d'un sujet rhumatisant, l'aggravation de cet état par l'accident et, réciproquement, l'influence de cet état antérieur sur les conséquences et les suites directes du traumatisme. Mais cela nous entraînerait à des considérations d'ordre purement juridique, à un examen des différentes législations sur les accidents du travail, toutes choses qui dépasseraient de beaucoup les limites que nous nous sommes imposées.

Permettez-nous seulement, en vous priant de nous excuser si nous avons abusé de votre patience, de résumer les données générales qui résultent de l'examen des onze cas — nombre, malheureusement, encore bien restreint — qui sont exposés plus haut.

1° L'origine traumatique d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu franc est possible. Sa démonstration ne repose que sur des probabilités, la preuve absolue faisant encore défaut.

2° La nature du traumatisme est variable. Il s'agit, le plus souvent, d'entorses, de luxations, de contusions, de fractures intra-articulaires, etc. L'influence d'une plaie peut être admise, mais il semble qu'on ne puisse lui attribuer, jusqu'à présent, qu'une action indirecte.

3° Il n'est pas nécessaire que le traumatisme ait porté sur une articulation. On peut admettre qu'un traumatisme, portant sur une diaphyse ou sur le tronc, peut déterminer l'apparition de l'attaque.

Digitized by Google

4° Le fait que la maladie a débuté par l'articulation lésée par l'accident est très important et en faveur de la relation entre les deux phénomènes.

5° Cette relation sera probable si la jointure blessée ne guérit pas entièrement dans l'intervalle qui sépare l'accident du début de la maladie. Le fait que le blessé a repris son travail pendant cet intervalle rend cette relation douteuse.

6° Cet intervalle doit être court, et dans la règle, ne pas dépasser quelques jours. Plus il sera court, plus la relation sera probable.

7° Un accident du travail peut être rendu responsable des lésions résultant de la récidive d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, si cette récidive se produit dans des conditions analogues à celles qui sont requises pour une première attaque.

8° Il ne faut pas négliger, dans l'appréciation des causes qui ont amené l'attaque, l'examen des circonstances concomitantes à l'accident (exemple : transport du blessé, en sueur, dans un local froid, etc.) susceptibles d'augmenter les présomptions en faveur de l'origine accidentelle de la maladie.

Etude statistique et clinique sur les récidives de la kératite parenchymateuse diffuse[1]

par le Dr A. Collomb

Privat-docent d'ophtalmologie à l'Université de Genève.

La kératite parenchymateuse récidive-t-elle? Précisons, tout d'abord, la question :

1° Laissant de côté les autres affections interstitielles de la cornée, les infiltrations profondes circonscrites, nous entendons ne parler ici que de la *kératite parenchymateuse diffuse*, l'entité nosologique classique qui, dans la grande majorité des cas, relève de la syphilis héréditaire.

2° Dans ce terme de *récidives* nous ne voulons pas comprendre les exacerbations, les rechutes, les retours offensifs qui peuvent survenir au décours de la maladie.

[1] Communication à la *Société française d'ophtalmologie* en mai 1905, augmentée du peu que j'ai eu, depuis, l'occasion d'ajouter à mes observations.

Digitized by Google

La kératite parenchymateuse récidive-t-elle, c'est-à-dire, des mois, des années après que, d'une première attaque tout processus inflammatoire a disparu, que tout est rentré dans l'ordre, que la cornée a repris un état de transparence relative, plus ou moins grande, qui semble définitif, peut-on voir revenir l'affection, évoluant avec un ensemble de symptômes qui rappellent la première attaque ?

Sur ce point, la littérature ophtalmologique, les traités et les manuels, grands ou petits, gardent le silence ou bien sont d'une remarquable imprécision et se contredisent, l'un l'autre, de façon très divertissante. Contradiction apparente, sans doute et qui vient surtout, je crois, de ce que tous ne donnent pas à ce mot de récidives la même signification ; pour les uns, il s'agit de récidives vraies au sens que je viens d'indiquer ; d'autres englobent dans le sens de ce terme, les simples retours et les recrudescences de la maladie déjà en voie de décroissance. Pour Horner[1], par exemple, les récidives sont fréquentes ; pour Fuchs[2], elles sont rares ; elles ne sont pas très fréquentes pour Fournier[3] ; Lagrange[4], Galezowski[5] et d'autres n'en disent mot. Panas[6] écrit que *les récidives sont toujours à redouter, surtout lorsque, après une première poussée, la cornée reste partiellement opaque.* Pour Nimier et Despagnet[7], *la kératite parenchymateuse, entrée dans la voie de résolution et même à peu près guérie, peut présenter de nouvelles poussées de récidives, mais ces cas sont rares.* Pour ces derniers auteurs, il n'est donc pas question de récidives au sens que nous avons précisé. Hirschberg[8] admet que le 30 °/₀ des cas insuffisamment traités rechutent et Wecker[9] écrit : *J'ai vu, plusieurs fois, chez des sujets ayant dépassé la puberté, des cornées qui avaient acquis une transparence assez complète, être reprises, après deux ou trois ans, d'une nouvelle poussée de kératite laissant alors des traces bien plus sensibles de leur passage.* Enfin, Sæmisch[10]

[1] Horner, Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankh., 1882, V, 2e Abtheil, p. 323.
[2] Fuchs, Manuel d'ophtalmologie, 2e édit. franç., 1897.
[3] Fournier, Syphilis héréditaire tardive, 1886.
[4] Lagrange, Précis d'ophtalmologie, 2e édit., 1903.
[5] Galezowski, Traité des maladies des yeux, 1872.
[6] Panas, Traité des maladies des yeux, 1893.
[7] Nimier & Despagnet, Traité élémentaire d'ophtalmologie, 1894.
[8] Hirschberg, Netzhautentzündung bei angeborener Lues. *Deutsch. med. Woch.*, 1895, n° 28.
[9] Wecker et Landolt, Traité complet d'ophtalm., 1886, vol. II, p. 143.
[10] Græfe-Sæmisch, Handbuch der gesam. Augenheilk., B. IV, p. 264.

Digitized by Google

parle de *rechutes (Nachschübe)* qui ne sont pas très rares au décours de l'affection...

Je dois cependant mentionner particulièrement sur cette question un article de E. von Hippel[1] qui nous apporte des données très précises. Cet auteur a suivi pendant de longues années (de 6 à 20 ans) seize cas de kératite parenchymateuse ; cinq de ces cas ont récidivé après un intervalle de santé qui a varié de deux mois à neuf ans. Quant à l'étiologie, quatre étaient d'origine rhumatismale et un d'origine douteuse. Sur 71 autres cas moins longtemps suivis, l'auteur retrouve encore 10 récidives (syphilis 5, tuberculose 3, douteux 2). Sa conclusion est donc que les *récidives vraies de kératite parenchymateuse ne sont pas rares.*

J'ai, pour ma part, dépouillé, à ce point de vue, une statistique allant de 1874 à fin décembre 1902 et comprenant environ 65000 cas d'affections oculaires (la plupart, malades de la Clinique Rothschild, à Genève). J'ai rencontré, sur ce nombre, 170 cas de kératite parenchymateuse diffuse ; 83 malades étaient du sexe masculin, 87 du sexe féminin. Dans 2 de ces cas, le traumatisme avait été la *cause occasionnelle* de l'affection ; 3 relevaient de la *syphilis acquise*, 2 autres étaient des affections intra-utérines déjà en voie de régression et presque terminées au moment de la naissance. Le graphique ci-contre indique, pour ces 170 cas, la fréquence relative de la kératite parenchymateuse à différents âges :

Sur ces 170 cas, j'ai constaté *neuf fois des récidives* de kératite parenchymateuse diffuse.

Voici quelques notes sur chacun de ces cas :

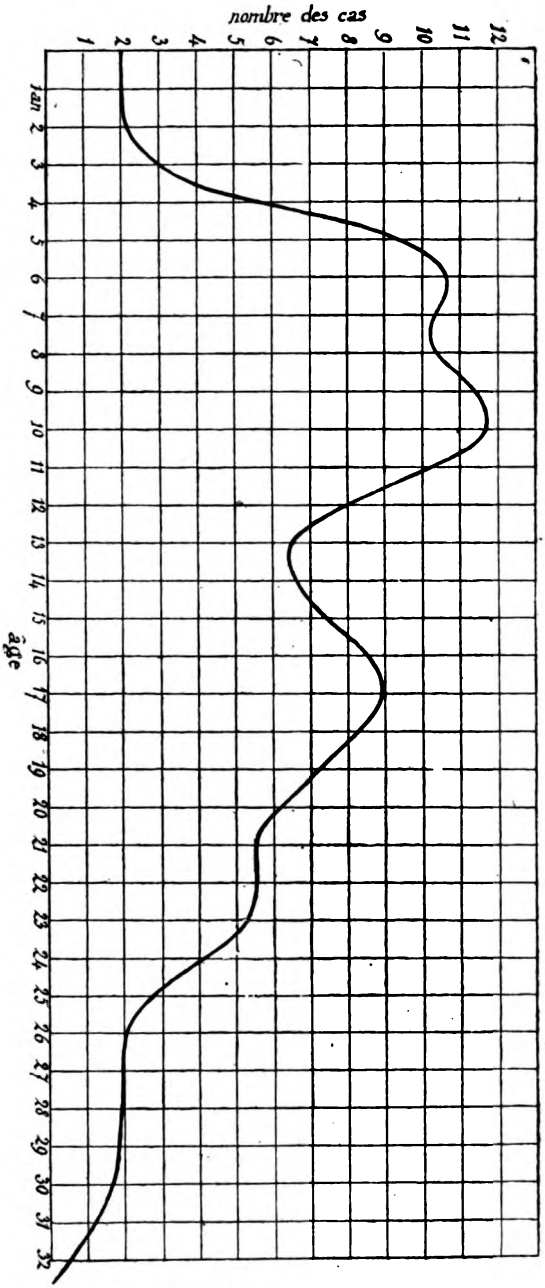
1° M., 26 ans, homme, double *kératite parenchymateuse* d'origine douteuse, en 1881, guérie avec persistance d'opacités cornéennes localisées. Récidive à l'œil gauche, en août 1886. *Quatre ans et demi d'intervalle.* Le malade est ensuite perdu de vue.

2° S., 9 ans, garçon, double *kératite parenchymateuse*, hérédo-syphilitique, en 1885. Cornées redevenues à peu près normales. Double récidive *après quatorze mois.* Persistance d'opacités cornéennes définitives, peu étendues.

3° R., 28 ans, femme, double *kératite parenchymateuse*, d'origine douteuse (1886-87) ; légères taies persistantes. Récidive, aux deux yeux, en

[1] E. von Hippel. Ueber Kerat. parenchym., *Græfe's Arch. für Ophtalm.*, XLII, 2, p. 276.

Digitized by Google



Digitized by Google

1889, *après deux ans*, qui laisse des opacités nombreuses et assez épaisses (malade revue, à plusieurs reprises, ces derniers temps).

4° D., 18 ans, femme, double *kératite parenchymateuse*, d'origine probablement hérédo-syphilitique, 1892 à février 1893 ; persistance de légères taies. A l'œil gauche, récidive en octobre 1893. *Intervalle, huit mois.*

5° D., 5 ans, garçon, double *kératite parenchymateuse*. d'origine hérédo-syphilitique, en 1893, guérie en avril ; cornées redevenues à peu près normales. Récidives, à l'œil droit, en juillet 1894 (*intervalle, quinze mois*) ; à l'œil gauche, en avril 1896 (*intervalle, trois ans*). Taies légères.

6° L., 8 ans, fille, double *kératite parenchymateuse*, hérédo-syphilitique, en 1888 ; persistance de taies. Récidives, œil gauche, mars 1903 ; œil droit, septembre 1903. Evolution lente. *Intervalle, quinze ans.*

7° Ch., 15 ans, fille, double *kératite parenchymateuse*, hérédo-syphilitique, en 1901. Jeune fille d'apparence robuste, sans autre tare manifeste d'hérédo-syphilis, bien que celle-ci soit certaine. Les deux yeux se sont pris à un mois d'intervalle ; participation intense de l'iris, vascularisation considérable, forte photophobie ; l'affection évolue en deux mois, quelques opacités persistent à l'œil gauche. A ce moment, à droite, l'ophtalmoscope montre un gros foyer maculaire de chorio-rétinite : plaque blanche, arrondie, grillagée d'énormes traînées de pigment noirâtre qui la subdivisent en six ou sept petites loges. Au voisinage, deux autres foyers choroïdiens plus petits. La malade revient, *dix mois plus tard*, avec une *nouvelle kératite parenchymateuse*, déjà avancée à gauche (datant de quinze jours) et commençante à droite. Forte photophobie, larmoiement, quelques douleurs frontales, trouble cornéen débutant par la périphérie, iritis, énormes épaulettes vasculaires du limbe et, bientôt, vascularisation considérable des deux cornées. Après sept semaines, l'accalmie se fait petit à petit et, au bout de trois mois, la malade nous quitte, tout symptôme irritatif ayant disparu, mais ses cornées demeurant encore parsemées d'opacités légères, mais nombreuses.

8° B., 10 ans, garçon, double *kératite parenchymateuse*, hérédo-syphilitique, en janvier et novembre 1900. Il s'agit là d'un jeune garçon en bonne santé, mais porteur de stigmates multiples d'hérédo-syphilis. La première atteinte a été à peu près classique : vascularisation forte, évolution en trois mois, persistance de petits vaisseaux, en balais, du limbe et légères taies cornéennes. *Récidive, trois ans après, à l'œil gauche ;* symptômes subjectifs violents, forte photophobie, larmoiement, la cornée est totalement trouble, avec îlots d'opacification plus intense et forte vascularisation. L'œil droit n'est qu'effleuré, l'opacité cornéenne y reste partielle et la vascularisation est faible. L'affection évolue d'abord assez rapidement, puis prend une marche torpide et, il y a quelques mois encore, il restait un trouble diffus considérable de la cornée gauche.

9° B., 11 ans, garçon, double *kératite parenchymateuse*, hérédo-syphilitique, en 1894; l'œil droit est pris très violemment, symptômes subjectifs intenses, cornée entièrement opacifiée et très fortement vascularisée; l'œil

Digitized by Google

gauche, par contre, n'est pris que très légèrement, trouble partiel seulement de la cornée. Au bout de quelques mois, les deux cornées sont redevenues à peu près complètement transparentes et la vision est de nouveau presque normale. Double récidive en mai 1905, débutant par l'œil gauche et prenant, quelques semaines plus tard, l'œil droit. *Intervalle, onze ans.* Cette nouvelle poussée a été, aux deux yeux, d'une extrême violence : douleurs, photophobie, larmoiement, vision presque complètement abolie pendant plusieurs semaines. Vascularisation très intense. Aujourd'hui, encore, le processus n'est pas terminé ; persistance d'opacités assez nombreuses, mais, la plupart, légères. Quelques synéchies postérieures à l'œil gauche.

Quelques brèves considérations :

L'*intervalle* entre les deux poussées de kératite parenchymateuse a varié, dans nos cas, *entre huit mois et quinze ans* (deux mois et neuf ans dans ceux de E. von Hippel). Dans plusieurs de nos cas récidivés les malades avaient subi un traitement mercuriel ou mixte. La seconde atteinte n'a pas présenté de caractères cliniques particuliers qui la distinguent nettement du tableau classique des kératites parenchymateuses.

Le pronostic de ces récidives est, peut-être, moins favorable, la *restitutio ad integrum* de la transparence cornéenne moins assurée, la persistance d'opacités notables plus fréquente.

L'idée a été émise (Wecker), nous l'avons vu, que ces récidives ne surviendraient que chez des sujets ayant dépassé la puberté ; nos observations, non plus que celles de von Hippel, ne viennent confirmer cette manière de voir ; elles ne corroborent pas davantage l'opinion de Panas que les cornées restées le plus endommagées par une première atteinte seraient aussi les plus exposées aux récidives. Certains faits, observés parmi ces 170 cas de kératite parenchymateuse, me feraient presque admettre le contraire. J'ai suivi, par exemple, depuis dix ans, une famille de quatre enfants hérédo-syphilitiques ; trois d'entr'eux, une fille de 23 ans, un garçon de 18 ans et une autre fille de 16 ans, ont été pris, en 1896, presque simultanément, de kératites parenchymateuses d'une exceptionnelle gravité. Chez l'aînée, l'affection s'est terminée par l'opacification presque totale avec aplatissement des cornées et diminution de la tension oculaire ; chez les deux autres, elle a laissé, de son passage, des traces cornéennes très graves [1].

[1] La quatrième et dernière enfant de cette famille, une fille de 23 ans, actuellement, indemne jusqu'à ces derniers temps, vient d'être prise, à son tour, de kératite parenchymateuse très intense.

Digitized by Google

Une dernière remarque. Loin de moi la pensée que les 9 cas relatés représentent le chiffre vrai des récidives pour nos 170 kératites parenchymateuses. Ce chiffre, d'à peu près 5 °/₀ (5,3 °/₀), indique, tout au moins, *un minimum certain de récidives constatées ;* le *pour cent vrai doit être plus élevé, peut-être beaucoup plus élevé*, car il faut, ici, tenir compte de plusieurs facteurs qui, tous, ont dû concourir à maintenir ce chiffre au-dessous de la réalité. Parmi eux, il y a, tout d'abord, la *longue durée possible de l'intervalle entre la première et la seconde atteinte* (quinze ans dans un de nos cas) ; de ce fait, souvent, même sur place, il devient presque impossible de suivre suffisamment les malades.

En outre, avec les facilités de transport de la vie moderne et les exigences de l'industrie, en beaucoup d'endroits une partie de la population est mobile, peu stable. Enfin, il y a le fait que le malade, que l'ancien parenchymateux, gardant un mauvais souvenir de sa première maladie, des longues semaines de cécité ou de quasi-cécité où il a vécu, que ce malade, dis-je, lorsqu'il habite un pays à services ophtalmologiques multiples, sera souvent tenté, en cas de nouvelle affection oculaire, de ne plus s'adresser aux médecins qui l'avaient soigné une première fois, mais d'aller ailleurs, *à l'enseigne d'en face !*

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE DE LA SUISSE ROMANDE

Séance du 30 novembre 1905, à la Maternité de Genève

Présidence de M. M. Muret, président

12 membres présents ; 2 étrangers.

Le président présente le rapport suivant sur la marche de la Société, en 1905 :

Messieurs,

Notre Société, qui termine aujourd'hui la seconde année de son existence, me paraît être définivement sortie de la période des débuts, elle a ses statuts, elle a le droit « d'ester en justice », depuis son inscription au Registre du commerce, qui a eu lieu dans le courant de cette année, les

Digitized by Google

séances ont lieu régulièrement tous les deux mois, tantôt à Genève, tantôt à Lausanne, elles donnent lieu à des discussions nourries sur des sujets divers et toujours intéressants. Les comptes rendus de nos séances paraissent régulièrement dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, en attendant la fondation d'un bulletin officiel de la *Société*; ils ont même eu l'honneur d'être reproduits dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* de Pozzi. En un mot, notre Société ne se contente pas d'exister, elle vit.

Sans doute, elle n'est pas nombreuse, elle compte à ce jour 19 membres seulement, mais la qualité, vous n'oserez pas me démentir, y remplace la quantité; je veux dire par là que, si nous ne sommes pas aussi nombreux qu'ailleurs, chacun de nous a du moins le mérite de travailler, de prendre sa part de nos travaux, de nos discussions; ainsi l'opinion de chacun peut s'affirmer et se faire jour sans qu'une petite minorité de membres trés actifs vienne opprimer ou réduire au silence une grande majorité de membres très passifs. Nos réunions ont aussi par ce fait même conservé le caractère d'intimité, que les fondateurs ont désiré leur donner, et notre Société a certainement atteint dans une large mesure l'un de ses buts principaux, qui consiste à rapprocher ceux qui, dans notre pays, s'occupent d'obstétrique et de gynécologie, en les faisant connaître les uns aux autres, et apprécier les uns par les autres.

Cependant, Messieurs, nous aurions tort de ne pas chercher à faire de nouvelles recrues; dans le courant de cette année, si nous avons eu le plaisir de voir entrer dans notre Société un nouveau membre, M. de Seigneux, nous avons eu le regret d'en perdre deux, MM. Dupraz et Zoppino; il faut donc remplacer ceux qui partent et chercher à faire entrer dans notre Société tous ceux qui, dans la Suisse romande, s'intéressent à nos deux spécialités. Jusqu'ici, nous n'avons aucun représentant des cantons de Neuchâtel et du Valais, et la Société est essentiellement genevoise et vaudoise. Je vous engage instamment, Messieurs, à user de votre influence sur vos amis et confrères des cantons voisins pour les attirer à nous, tout en ne perdant pas de vue que notre Société a un caractère tout-à-fait spécial.

La fréquentation des séances a été en général dans le courant de l'année 1905 très satisfaisante à Genève et beaucoup moins satisfaisante à Lausanne. Nous pensons, non sans quelque bienveillance, qu'il n'y a là qu'un simple effet du hasard et nous aimons à espérer que l'année prochaine la mappemonde voudra bien pencher du côté de Lausanne.

Pendant l'année 1905, nous avons eu six séances, dont la physionomie a été assez différente de celles de l'an dernier. En 1904, nous avions abordé avec beaucoup de courage et d'entrain la discussion de quelques grandes questions d'actualité, telles que les indications opératoires dans les fibromes, la dilatation du col en obstétrique, le traitement des métrites. L'année 1905, elle, a été consacrée toute entière, sauf une séance, à une seule question, celle de la lutte contre le carcinome de l'utérus dans notre pays. Ce sujet important a été mis à l'ordre du jour sur la proposi-

Digitized by Google

tion écrite de M. Beuttner et a été introduit devant la Société par M. Rossier. Cette longue et intéressante discussion a eu comme résultat pratique l'élaboration par une commission, nommée à cet effet, de trois circulaires sur le cancer de l'utérus, destinées, l'une aux médecins, la seconde aux sages-femmes et la troisième au public. Ces trois circulaires seront soumises à la Société dans la séance d'aujourd'hui et une fois adoptées après modifications, s'il y a lieu, elles seront imprimées et adressées à qui de droit sous le patronage de notre Société; celle qui est destinée au public sera envoyée aux journaux, afin d'atteindre le plus grand nombre possible de femmes. C'est là une œuvre intéressante et humanitaire au premier chef, que la Société a entreprise ; à l'avenir de nous dire jusqu'à quel point elle aura rendu tous les services que nous en espérons !

Mais la discussion sur la lutte contre le carcinome de l'utérus n'a pas roulé seulement sur la question des moyens à employer pour éclairer le public médical et non médical, elle s'est encore étendue à plusieurs questions intéressantes telles que l'opérabilité du cancer, les meilleures méthodes opératoires, les signes du début de la maladie, etc., toutes questions qui ont donné lieu à un échange d'idées et d'opinions très animé.

D'ailleurs l'activité de la Société n'a pas été exclusivement occupée par le cancer de l'utérus. Nous avons eu encore des présentations de malades par M. Rossier, des présentations de pièces intéressantes par MM. Beuttner, Bétrix, Kœnig et Muret. Ces démonstration sont donné lieu à des discussions intéressantes et nourries sur la valeur relative de l'hystéropexie et du massage dans les rétroflexions, sur l'incision médiane ou latérale dans l'opération de l'appendicite, sur les difficultés du diagnostic de la grossesse et enfin sur l'avortement criminel.

Vous le voyez, Messieurs, si nous récapitulons l'œuvre de cette année, nous pouvons dire avec quelque fierté que notre petite Société a travaillé, qu'elle a fait preuve de vitalité et qu'elle a contribué à nous éclairer sur plus d'un sujet.

Si, comme je le disais au début, nos réunions ont conservé un caractère d'intimité favorable à l'échange des idées, le fait qu'elles se sont transformées en une société inscrite au Registre du commerce, n'en a pas moins une grande importance et son utilité, car c'est ainsi seulement que notre association a pu acquérir une cohésion et un caractère de solidité suffisante pour donner de l'importance et de l'autorité à nos actes. C'est ainsi seulement que l'œuvre de cette année, notre participation à la lutte contre le cancer de l'utérus, pourra déployer tous ses effets et rendre quelques services.

En terminant, je tiens à remercier en votre nom à tous, notre cher vice-président, M. Bétrix, qui a pris une part active et prépondérante à la révision de nos Statuts, nécessitée par l'inscription de la Société au Registre du commerce, et à notre secrétaire-trésorier, M. Koenig, dont la tâche n'a pas toujours été facile, et qui s'en est acquitté à notre pleine et entière satisfaction.

Digitized by Google

Le secrétaire-trésorier présente son rapport sur l'exercice écoulé.

Le bureau pour l'année 1906 est élu comme suit : MM. Bétrix (Genève) *président* ; Rossier (Lausanne), *vice-président* ; Kœnig (Genève), *secrétaire-trésorier*.

La commission du cancer (MM. Roux, Muret, Rossier, Bétrix et Kœnig) présente trois projets de circulaires qui sont adoptées avec quelques légères modifications sous la forme suivante :

1° M. Muret : *Aux médecins de la Suisse romande.* — La *Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse romande* s'est occupée récemment de la lutte contre le cancer de l'utérus, et a décidé d'agir énergiquement afin de faire bénéficier notre pays des bons résultats déjà obtenus ailleurs. Pour cela elle a le plus grand besoin de l'aide et de la collaboration de tous les médecins du pays et c'est pourquoi nous nous adressons aujourd'hui à nos confrères de la Suisse romande.

Les progrès de la chirurgie moderne ont permis, comme vous le savez, de pratiquer, sans grand danger, l'ablation de l'utérus dans les cas de cancer, mais, si les résultats immédiats de cette opération sont favorables, il n'en est pas de même, hélas, des résultats éloignés qu'assombrissent singulièrement les trop nombreuses récidives. Cet état de chose défavorable, qui a pour résultat de déprécier dans l'esprit du public et quelquefois même dans celui des médecins une opération bienfaisante et utile entre toutes, est dû au fait que les malades sont opérées en général trop tard, alors que le carcinome a déja dépassé les limites de l'utérus. On peut en effet affirmer, en se basant sur la situation privilégiée de l'utérus en tant qu'organe isolé et libre, on peut affirmer en principe *que le carcinome de l'utérus opéré au début peut et doit être guéri radicalement par l'hystérectomie.* Cette opération d'ailleurs n'est applicable actuellement qu'à un nombre restreint de cas relativement favorables, la plupart des carcinomes de l'utérus arrivant chez l'opérateur dans un état si avancé qu'il ne peut plus même être question d'une intervention utile quelconque.

En attendant le remède préventif ou curatif du cancer, il s'agit donc actuellement pour le médecin de *savoir et de pouvoir reconnaître le carcinome de l'utérus dès son début*, c'est-à-dire à un moment où il peut encore être guéri radicalement. Malheureusement, les débuts du cancer de l'utérus sont obscurs et silencieux, et les malades elles-mêmes éprouvent au commencement si peu de malaises que, dans leur ignorance, elles ne prêtent aucune attention aux premiers symptômes et ne s'adressent que trop tard aux médecins. Nous chercherons à les éclairer en nous adressant directement à elles et nous vous prions de bien vouloir nous aider dans cette tâche difficile en renseignant sur ce sujet si important vos clientes et en général le public féminin qui se trouve dans votre cercle d'activité.

Mais, tout en faisant la part de la maladie et des malades, il ne faut pas perdre de vue la part de responsabilité qui incombe aux médecins dans cette question du cancer de l'utérus. Trop souvent encore, le médecin,

Digitized by Google

soit par inexpérience, soit par négligence ou apathie, ne reconnaît pas les cas suspects, ne se donne pas la peine de pratiquer le toucher ou bien perd un temps précieux en instituant un traitement local insuffisant et inutile, qui laisse passer le moment favorable à l'opération radicale.

Certes, nous n'ignorons pas les difficultés de toute nature auxquelles le médecin praticien se heurte dans les cas de ce genre, mais nous pensons qu'une connaissance plus exacte des dangers que courent ses clientes, et la conviction de la nécessité et de l'utilité du but à atteindre, lui donneront la force et l'énergie nécessaires pour vaincre les obstacles. *Dans tous les cas suspects, qu'il s'agisse de femmes jeunes ou âgées, — le cancer n'épargne aucun âge — il devra avant tout exiger et obtenir l'autorisation de pratiquer le toucher vaginal ou de faire examiner la malade par un spécialiste compétent.* Il suffira en général d'expliquer à la famille, si non à la malade elle-même, les dangers de l'expectation et la nécessité d'un diagnostic précoce dans les cas suspects de carcinome.

Quels sont donc les symptômes de début du cancer de l'utérus ?

Ce sont : *Chez les femmes en pleine activité sexuelle, des pertes de sang irrégulières, qui apparaissent dans l'intervalle des règles, soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme, tel que le coït, la défécation, l'examen gynécologique.*

Chez les femmes qui ont dépassé la ménopause, des pertes de sang plus ou moins abondantes, qui apparaissent en général spontanément, plus ou moins longtemps après la cessation des règles.

Plus tard seulement, lorsque le cancer est en pleine évolution, on voit apparaître les signes classiques, la douleur, l'écoulement fétide, l'amaigrissement. Le plus souvent, le carcinome est alors trop avancé pour pouvoir être guéri par une opération radicale. Il ne faut donc à aucun prix attendre l'apparition de ces signes pour faire le diagnostic, mais *considérer les symptômes du début énumérés plus haut comme une indication absolue de pratiquer le toucher.*

Le doigt explorateur constate alors non pas le col anfractueux, qui caractérise le carcinome bien établi, mais des rugosités, de petites proéminences anormales, des érosions, des tissus friables qui saignent facilement. *En présence de ces données anormales, il faut procéder sans délai à l'excision de quelques fragments des parties suspectes du col, en vue d'un examen microscopique.*

Si, au contraire le col est tout à fait normal et ne présente rien de suspect, *comme cela se voit volontiers lorsqu'il s'agit de pertes de sang postclimatériques, il faut songer à la possibilité de l'existence d'un cancer du corps de l'utérus.* Cette forme du carcinome utérin est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet en général, elle ne donne souvent lieu en fait de symptômes qu'à des pertes de sang irrégulières, et les coliques utérines, que les traités classiques décrivent comme caractéristiques, manquent souvent. *Dans tous les cas où l'état du col ne suffit pas à expliquer les pertes de sang, il faut donc procéder à l'exploration de la cavité utérine, soit avec le doigt,*

Digitized by Google

après dilatation du col, soit avec la curette. Cette exploration sera suivie de l'examen microscopique des fragments de tissus enlevés.

Le curettage et l'excision de fragments du col sont de petites interventions, qui doivent être faites avec le plus grand soin, et le médecin qui n'en pas l'habitude ou qui, pour un motif ou pour un autre, hésiterait à s'en charger, devra les faire faire sans délai par un spécialiste.

L'examen microscopique sera confié, cela va sans dire, à un homme compétent et sûr, qui aura l'habitude et l'expérience des recherches anatomo-pathologiques.

Dans les cas suspects ou douteux, c'est-à-dire dans la majorité des carcinomes de l'utérus au début, c'est donc l'examen microscopique des fragments excisés du col ou des produits de curettage qui décidera en dernier ressort du diagnostic.

Une fois celui-ci posé, l'opération radicale, l'hystérectomie s'impose et ici encore la tâche du médecin a une grande importance, car il s'agit pour lui de décider la malade et sa famille à l'intervention dans le plus bref délai possible. Il saura le faire avec tact et fermeté, mais sans effrayer inutilement la malade.

C'est ainsi que l'on pourra reconnaître dés le début et opérer de bonne heure un grand nombre de cas de carcinome de l'utérus, c'ést ainsi que l'on verra la proportion des cas opérables augmenter sensiblement, le nombre des récidives post-opératoires diminuer de plus en plus, et l'opération radicale devenir réellement curative.

La marche à suivre est donc parfaitement claire et les médecins qui suivront à la lettre les indications contenues dans cette circulaire, et que nous nous permettons de recommander à leur attention toute spéciale, auront le sentiment d'avoir agi dans l'intérêt de leurs clientes et d'avoir contribué par leur science, conscience et énergie à sauver un grand nombre de femmes et de mères de famille, car, encore une fois, et c'est par là que nous terminons, *le cancer de l'utérus, reconnu et opéré au début, peut et doit être guéri radicalement et définitivement.*

2° M. Bétrix : *Aux sages-femmes de la Suisse romande.* — Toute sage-femme a entendu parler d'une maladie terrible, qui est assez répandue et qui s'appelle le cancer. Une des formes les plus fréquentes et les plus graves de cette maladie, est celle qui s'attaque à la matrice.

Or les malheureuses femmes qui sont atteintes de cette effroyable maladie ne peuvent être guéries définitivement que par une opération,

Au début de la maladie, c'est-à-dire pendant les premiers mois, le cancer est absolument limité à la matrice, mais, plus tard, il envahit le voisinage, les *vaisseaux sanguins* et *lymphatiques*, les *glandes* et autres organes du bas-ventre, la *vessie*, les *uretères*, le *rectum*.

Pour que l'opération ait des chances de réussite, c'est-à-dire, pour qu'elle amène la guérison complète, il faut *absolument* qu'elle soit pratiquée avant que le cancer ait fait trop de progrès, avant qu'il se *soit étendu au delà de son siège primitif.*

Digitized by Google

Il est triste de constater qu'actuellement le plus grand nombre des malheureuses femmes atteintes de cancer de l'utérus viennent consulter le médecin trop tard, quand toute opération radicale est devenue impossible. Ainsi, à l'hôpital de Lausanne un tiers et à la Maternité de Genève un sixième seulement des malades atteintes de cancer peuvent être opérées avec quelques chances de succès au moment de leur entrée à l'hôpital ; toutes les autres sont condamnées à *succomber plus ou moins rapidement* parce qu'elles sont venues *trop tard*.

Il faut que cette triste situation s'améliore ; il faut qu'à l'avenir les malades atteintes de cancer arrivent plus tôt entre les mains du chirurgien qui pourra les opérer et dans bien des cas leur sauver la vie.

Plus d'une fois les sages-femmes elles-mêmes ont contribué à faire perdre du temps en ne pouvant donner à ces malades d'utiles conseils, en essayant elles-mêmes de les soigner ou de les soulager, ou bien par nonchalance, ignorance ou négligence en n'attachant pas l'importance qu'ils comportent aux premiers signes de la maladie.

En voici un triste exemple : nous avons connu deux malades soignées pendant plusieurs mois chez une sage-femme de Genève, par des injections et des tampons pour une plaie du col de la matrice qui, plus tard, a été reconnue comme étant de *nature cancéreuse*. Par le fait de ce traitement prolongé, ces malades avaient laissé passer le moment favorable à l'opération de leur cancer et elles ont succombé après de longues souffrances. Vous pouvez vous rendre compte de la grave responsabilité que cette sage-femme a encourue en manquant à son devoir, soit en soignant elle-même ces malades et en ne les envoyant pas de suite chez le médecin. Nous estimons qu'elle pourrait être justiciable des tribunaux pour traitement illégal de maladies qu'elle ne connaît pas et qui ne sont pas de sa compétence. Très nombreux sont ainsi les cas de cancer qui, par la faute du médecin ou de la sage-femme, n'arrivent entre les mains du spécialiste que lorsqu'il est trop tard pour opérer.

La *Société de gynécologie et d'obstétrique de la Suisse romande* s'est émue de cet état de choses et quoique sachant fort bien que l'enseignement des sages-femmes dans les Maternités ne comprend pas les connaissances voulues pour pouvoir reconnaître le cancer de l'utérus dès son début, et, en plus, que le traitement de la matrice est interdit aux sages-femmes, elle a cependant trouvé bon de s'adresser à elles pour qu'elles lui facilitent la tâche de combattre cette terrible maladie.

En effet, un grand nombre de femmes ont confiance dans la sage-femme lorsqu'il s'agit des maladies du bas-ventre ; elles lui demandent conseils et avis avant d'aller voir un médecin, surtout lorsqu'il s'agit de pertes blanches ou d'hémorragies provenant de la matrice.

La sage-femme devra donc connaître les premiers symptômes du cancer de la matrice, pour que, dès qu'il y aura lieu de suspecter sa présence, elle puisse *sans aucune hésitation, sans examen local*, adresser au médecin, ou mieux encore y accompagner elle-même la malade qui lui aura demandé conseil.

Digitized by Google

Elle a le devoir d'user de toute son influence pour décider la malade à accepter un examen de la matrice *qui ne devra être fait que par le médecin.*

Quels sont à présent, les *symptômes importants* qui feront soupçonner, dès le début de la maladie, la présence d'un cancer ?

Ils ne sont pas nombreux, mais ils ont une grande importance.

Ce sont les suivants : 1. L'apparition de pertes de sang plus ou moins abondantes après le début de l'âge critique. 2. Des pertes de sang survenant immédiatement après les rapports sexuels. 3. *Pertes de sang* ou *véritables hémorragies* survenant à tout âge *entre les règles* et *accompagnées* quelquefois de pertes fétides ou de pertes aqueuses teintées de sang.

Les *premiers signes du cancer* sont donc constitués par des pertes de sang ou des hémorragies en dehors des règles survenant dans les conditions particulières que nous venons d'indiquer. *Les douleurs, l'amaigrissement, les pertes fétides* ne viennent que *plus tard*, quand l'opération radicale n'est déjà plus possible.

Toute sage-femme devra donc se rappeler qu'au début de la maladie, c'est-à-dire pendant les premiers mois, la malade ne souffre pas, ne maigrit pas encore, et qu'il n'existe ni écoulement abondant ni pertes ayant mauvaise odeur. Redoublons par conséquent de vigilance pour reconnaître le plus tôt possible cette terrible maladie.

Nous faisons donc appel au sentiment d'humanité de toutes les sages-femmes ; qu'elles n'envisagent pas cette circulaire comme une critique, mais bien comme un appel à une collaboration active contre une grave maladie. Que chaque sage-femme remplisse son devoir professionnel dans cette lutte contre le cancer et chaque fois qu'elle aura réussi à amener une malade à temps au chirurgien, on pourra dire qu'elle a contribué à sauver une vie humaine et qu'ainsi elle a bien mérité de la société.

M. Rossier : *Quelques mots d'avertissement au monde féminin.* — Les questions d'hygiène occupent actuellement une place de plus en plus importante ; elles n'intéressent pas exclusivement les médecins et les autorités sanitaires ; les simples particuliers désirent être renseignés sur les progrès de la science médicale, sur les moyens de guérir ou d'éviter certaines maladies.

Non seulement les journaux médicaux, mais aussi les journaux politiques apportent au public de nombreux renseignements sur la tuberculose, sur les maladies épidémiques. Une affection rare surgit-elle dans un pays, immédiatement la presse met les lecteurs au courant de sa marche et de son traitement.

Tout le monde a lu jadis, avec un intérêt palpitant et avec un espoir malheureusement déçu, les découvertes de Koch sur la tuberculose, et plus récemment les publications de Doyen sur le cancer.

S'il est des maladies évitables grâce à de saines mesures d'hygiène, s'il en est de guérissables par des traitements médicaux, il en est d'autres qui, dans l'état actuel de nos connaissances, ne le sont que par des opérations

Digitized by Google

chirurgicales, à condition toutefois que l'affection soit encore près de son début.

C'est le cas du cancer des organes internes. Une fois la maladie avancée, la chirurgie, même la plus hardie, ne peut plus rien pour sauver les pauvres malades.

Il est donc urgent que cette affection si redoutée, guérissable par une opération pratiquée à temps, soit reconnue du public dès ses premiers symptômes.

Quand le cancer attaque un organe nécessaire à la vie, on doit se borner à extirper la partie malade et son voisinage immédiat. Quand l'organe atteint n'est pas indispensable à l'organisme, on l'enlève et, si le cancer n'en est qu'à son début, le malade guérira. A cette catégorie appartiennent les cancer du sein, de la matrice.

La *Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse romande* a consacré trois de ses séances à une discussion fort intéressante sur le cancer de la matrice.

Cette discussion a montré très clairement que plus le public est éclairé sur cette affection, dont le début est assez insidieux, plus les cas de guérison définitive sont nombreux.

C'est donc faire œuvre éminemment humanitaire que d'attirer l'attention du monde féminin sur cette maladie trop fréquente qui, non reconnue à temps, entraîne fatalement la mort de celle qui en est atteinte.

Le retard apporté dans l'opération de ce cancer est presque toujours dû à l'ignorance, parfois à la négligence, des malades. Les cas négligés, beaucoup plus nombreux, hélas ! que les cas pris au début, meurent sans opération, parce que celle-ci n'est plus possible, ou malgré une opération, parce que celle-ci n'a pu être radicale et que le cancer a récidivé.

Devant des résultats aussi peu favorables, le public s'est persuadé à tort que le cancer est une maladie incurable d'emblée et que, avec ou sans opération, la malade est fatalement perdue. En effet, les cas favorables et guéris sont tenus secrets, les cas défavorables sont fatalement connus : le public conclut qu'il n'y a rien à faire.

Cette appréciation très fausse a coûté déjà la vie à des milliers de femmes. On estime qu'en Allemagne plus de 10.000 femmes meurent annuellement du cancer de la matrice.

Dès que l'attention du public féminin aura été attirée sur les premiers signes de cette forme de cancer, les femmes s'adresseront de meilleure heure à leur médecin, l'opération aura lieu dès l'apparition des premiers symptômes et la guérison définitive sera beaucoup plus certaine.

Il faut pour en arriver là que les femmes se pénètrent tout d'abord de ceci :

Le cancer de la matrice est guérissable ;

Il n'est guérissable que par une opération radicale ;

Il n'est guérissable par aucun autre traitement ;

En second lieu elles devront connaître une série de symptômes que nous allons passer en revue.

Digitized by Google

On sait que, arrivées à un certain âge, les femmes cessent d'être incommodées par le retour périodique de symptômes connus. Si, cependant, au bout d'un temps de répit (un an par exemple), une perte de sang plus ou moins abondante se produit, il est dangereux de l'expliquer par un retour de l'état antérieur ; c'est souvent l'indice d'un début de cancer.

Il faudra *de suite* s'adresser à un médecin, seul capable de reconnaître ce dont il s'agit, de tranquilliser sa cliente s'il y a lieu, de la décider à l'opération s'il y a cancer. Rien de plus fatal que de ne pas demander cet avis médical de suite et d'essayer, par frayeur, de se cacher la vérité ; ce procédé d'autruche a déjà mené bien des femmes au tombeau en laissant passer le moment favorable à une intervention.

Mais le cancer peut se montrer aussi avant l'âge dont nous venons de parler, quand les signes habituels se montrent encore régulièrement ; les symptômes sont alors plus vagues ; il s'agit d'une augmentation dans l'abondance et la durée de l'indisposition normale, parfois aussi d'irrégularité dans l'apparition de ce symptôme.

Nous voyons donc que le principal signe qui doit engager une femme à prendre l'avis d'un médecin sont des pertes de sang survenant à un moment où elles ne sont pas normales, ou bien des pertes de sang augmentées de durée ou d'intensité.

Loin de nous l'idée d'alarmer inutilement qui que ce soit ; mais devant des négligences, des pertes de temps qui si souvent ont coûté la vie à des mères de familles, il est de notre devoir de crier un garde-à vous énergique.

Le public a été entraîné à la négligence actuelle par un autre malentendu très fréquent.

Une personne atteinte de cancer de matrice devrait, dans l'opinion courante, être amaigrie, pâle, faible ; elle devrait éprouver de vives souffrances ; elle devrait avoir des pertes nauséabondes. Rien de plus faux. Quand le tableau que nous venons de tracer est vrai, il s'agit ordinairement du cancer avancé, inopérable, inguérissable. Attendre ce moment pour appeler au secours serait pure folie.

Le cancer de la matrice à son début n'amaigrit pas, n'affaiblit pas, ne fait pas pâlir ; dans la plupart des cas il ne cause aucune douleur, il ne produit pas de pertes nauséabondes.

Les femmes consultent presque toujours le médecin trop tard. Quels sont donc les causes de ces retards fatals ? D'abord, comme nous venons de le voir, c'est l'ignorance des symptômes du début ; ils sont si peu inquiétants par eux-mêmes que trop souvent pendant des mois, on les considère comme des irrégularités sans importance.

Ensuite, au lieu de s'adresser d'emblée à un médecin, la malade s'adressera à des amies, à des voisines, à une sage-femme ! Les amies, les voisines croiront toujours reconnaître une affection qu'elles ont eue elles-mêmes, et le remède qui les a guéries d'un mal tout different, offrant peut-être des symptômes analogues, devra d'abord être essayé.

Digitized by Google

Les sages-femmes ne sont pas compétentes du tout pour reconnaître une affection gynécologique ; ces affections ne font pas partie de l'enseignement qu'on leur donne ; il est donc inutile, même dangereux, de s'adresser à elles pour des cas qui ne se rapportent pas à une grossesse, un accouchement ou des couches. D'ailleurs, chaque sage-femme consciencieuse doit adresser ces malades d'emblée à un médecin.

Ces diverses consultations préliminaires entraînent donc toujours une perte de temps qui correspond souvent à la perte de la vie.

Une fois le verdict du médecin prononcé, la femme se trouve en présence d'une nouvelle décision à prendre. *L'opération radicale est la seule chance de salut,* lui dit-on. La crainte de l'opération domine tout ; les suites de l'opération sont si pénibles, elle a des conséquences si graves pour l'état général, ont raconté des amies bien intentionnées !

Erreur fatale encore.

Grâce au progrès de l'antisepsie, à ceux des méthodes opératoires, on peut affirmer en toute conscience que l'opération d'un cancer de la matrice à son début offre fort peu de dangers immédiats et point de dangers éloignés. La matrice n'étant pas un organe nécessaire à la vie, on peut la supprimer sans provoquer le moindre trouble corporel ou intellectuel.

Si une femme se trouve dans une maison en flammes, si *toute issue* lui est fermée sauf vers la rue par la fenêtre, si la foule lui tend une toile sur laquelle elle peut se laisser choir sans danger, refusera-t-elle cette chance presque certaine de salut sous le prétexte qu'elle a peur de se faire mal ? Préférera-t-elle être brûlée vive ? Evidemment non. Toute femme atteinte de cancer se trouve dans une situation analogue. Il n'y a, dans l'état actuel de nos connaissances médicales, pas d'autre chemin à suivre ; il faut prendre bravement la seule décision qui puisse rendre la santé et la vie.

On nous dira peut être que ce sujet n'est pas du ressort des journaux ; ce n'est pas notre avis, tout au contraire. Cette question du cancer de la matrice a pour toute la population, pour tout le pays, une importance si grande qu'il faut faire entendre le cri d'avertissement au plus grand nombre de femmes possible ; il faut que celles qui ont entendu et qui ont compris (et puissent-elles être nombreuses) portent ce garde-à-vous à d'autres, à celles qui ne lisent pas de journaux, aux pauvres qui n'en ont pas. Plus ces quelques conseils de prudence se répandront dans toutes les classes de la population, plus on verra diminuer le nombre des cas inopérables, plus le médecin aura la joie de conserver une femme à son mari, une mère à ses enfants.

Le Secrétaire : René Koenig.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Séance du 3 février 1906.

Présidence de M. Gonin, président.

30 membres présents.

M. Gonin demande si la Société désire que des démarches soient faites pour obtenir, dans le Palais de Rumine, un local pour ses séances.

M. Rossier rappelle que la Société a exprimé, il y a deux ou trois ans, le vœu de transférer le local des séances au Palais de Rumine et il insiste sur les inconvénients de la salle actuellement utilisée.

M. Forel trouve que l'Ecole de médecine se prête mieux aux démonstrations et aux présentations de malades ; il ne propose cependant pas d'y maintenir le local des séances.

Le Comité est chargé de faire des démarches en vue du transfert des séances au Palais de Rumine et présentera un rapport, sur cet objet, en mai.

M. Gonin demande si la Société désire qu'un cours analogue à ceux de physique médicale et de chimie biologique, donné naguère par MM. Henri Dufour et Strzyzowski, soit organisé pour le printemps.

Conformément à la proposition de M. Dind, cette question est renvoyée au Comité pour étude et rapport.

Le président rappelle que le prix fondé par M. le Dr Ch. Marcel, pour récompenser des travaux sur l'utilisation alimentaire de l'azote atmosphérique, n'a jamais été décerné ; il demande si la Société veut continuer, comme par le passé, à user de l'intérêt du prix affecté à ce concours.

M. Dind propose de demander à M. Marcel de modifier, en l'étendant, l'objet de ce concours.

M. Forel dit que la question de l'utilisation alimentaire de l'azote atmosphérique a fait de très grands pas dans ces dernières années et qu'il serait dommage de changer maintenant la destination du prix.

A la votation, la proposition de M. Dind est adoptée à une grande majorité.

M. Fauconnet lit un travail intitulé : *lymphocytes et processus tuberculeux.*

Après avoir rappelé ce que l'on entend par cytodiagnostic, il expose les résultats d'expériences et d'observations qu'il a faites à la clinique du prof. Krehl, à Tubingue, en 1904 (*Arch. f. klin. Med.*, Bd. LXXXII). Il a cherché si l'ancienne tuberculine de Koch exerce un chémotactisme électif sur l'un ou l'autre des principaux types de globules blancs, neutrophiles ou lymphocytes. Il a examiné, pour cela, dans quel sens se modifie la formule sanguine après les injections de tuberculine faites au point de vue du diagnostic, chez dix malades, ayant tous eu une réaction fébrile positive. Chez tous, il a trouvé une leucocytose neutrophile passa-

Digitized by Google

gère, souvent intense. Les lymphocytes diminuent, en revanche, de nombre.

De fortes doses de tuberculine, injectées à des lapins sains, n'ont pas amené de changement bien net de leur formule sanguine. En revanche, après des injections quotidiennes, répétées pendant quinze jours, de fortes doses de tuberculine (0,05-0,1), chez des lapins également, les lymphocytes avaient augmenté, d'une façon très sensible, aux dépens des neutrophiles. Quinze jours après cessation des injections, le sang avait repris son type normal.

M. Fauconnet a introduit, sous la peau de quelques lapins, des tubes capillaires remplis d'une solution de tuberculine à 10 % et les y a laissés séjourner de 10 à 24 heures. L'examen microscopique du contenu de ces tubes capillaires révéla seulement la présence de neutrophiles, à noyaux très fortement fragmentés ; aucun lymphocyte.

Enfin, des injections intrapéritonéales de solution de tuberculine, faites chez des cobayes et des lapins, amenèrent, au bout de 10 à 24 heures, la formation d'exsudats contenant, en majorité, des neutrophiles et de grandes cellules endothéliales ou macrophages et, enfin, de très rares lymphocytes.

Si l'on fait exception du résultat des injections répétées de fortes doses de tuberculine, faites chez des lapins, ayant amené une augmentation très nette des lymphocytes, aux dépens des neutrophiles, il ressort, de ces expériences, que la tuberculine de Koch exerce un chémotactisme positif sur les neutrophiles.

M. Fauconnet ajoute que ce résultat ne vient en rien infirmer les données de l'observation clinique, qui a établi une relation indéniable entre les processus tuberculeux et les lymphocytes. Il rappelle, à ce propos, que Orth a démontré que les cellules qui remplissent les alvéoles dans la pneumonie caséeuse, inflammation de nature essentiellement tuberculeuse, ne sont pas des cellules épithélales, comme on l'a cru, mais des lymphocytes.

Il ne croit pas qu'il n'y ait là qu'une question de chronicité ; une méningite tuberculeuse, avec liquide cérébrospinal renfermant surtout des lymphocytes, est une maladie beaucoup plus aiguë que certains empyèmes à pneumocoques, par exemple, qui ne contiennent que des neutrophiles. La parenté qui existe entre les processus tuberculeux et le système lymphatique est indéniable ; seule, la virulence des bacilles ou l'abondance des toxines seraient cause que les neutrophiles participent à la formation de l'exsudat.

M. Fauconnet considère, comme très probable, que les lymphocytes qu'on rencontre dans les exsudats de nature tuberculeuse, sont en grande majorité d'origine lymphogène et non hématogène ou histiogène.

M. Dind recommande la prudence dans les injections de tuberculine faites pour le diagnostic. Dans les cas de syphilis cérébrale et médullaire, le cytodiagnostic n'a jamais rien donné ; il est vrai que les cas observés à

Digitized by Google

l'Hôpital sont, le plus souvent, trop avancés. Les injections de tuberculine rendent de grands services pour le diagnostic d'affections cutanées tuberculeuses difficiles à déterminer.

M. Fauconnet estime qu'en Allemagne on abuse, dans certaines cliniques, des injections de tuberculine faites dans un but de diagnostic.

M. Muret présente plusieurs pièces provenant d'opérations :

1° un utérus enlevé par voie vaginale, chez une femme de 61 ans, pour *prolapsus complet de l'utérus et du vagin*. Hystérectomie vaginale, colporaphie antérieure, colpopérinéoraphie d'après Hegar ; rétrécissement très considérable du vagin. Suites simples. M. Muret recommande de faire, avant l'opération, un traitement préparatoire afin de diminuer le volume de l'utérus et d'obtenir de meilleurs tissus ; ce traitement consiste dans le repos au lit, la réduction complète du prolapsus, des injections vaginales astringentes et l'application de tampons imbibés de glycérine et d'acétate de plomb.

2° Deux *utérus fibromateux* très volumineux, obtenus par hystérectomie abdominale totale, l'opération de choix dans les fibrômes et qui donne d'excellents résultats.

L'un des fibrômes, œdématié et dégénéré, du volume d'une tête d'adulte, provient d'une femme âgée de 51 ans, qui souffrait de métrorrhagies et troubles mécaniques. Résultat opératoire excellent. Lever le quinzième jour.

Le second, du même volume, était situé dans le fond de l'utérus, gravide de six semaines ; la cavité utérine, dans laquelle on voit encore une partie de l'œuf avec les villosités, était très petite, tandis que la tumeur, qui avait augmenté de volume rapidement, remontait jusqu'aux fausses côtes. L'opération s'imposait et il n'a pas été possible d'énucléer le fibrôme en conservant l'utérus, parce que la tumeur ne présentait ni pédicule, ni coque. L'opérée est parfaitement guérie.

3° Annexes de l'utérus avec un gros *abcès de l'ovaire droit* et un petit *kyste de l'ovaire gauche*. Femme de 34 ans, stérile, mariée depuis onze ans ; elle tombe malade en juillet 1905, à la suite d'une grippe ; fièvre pendant trois mois, pelvipéritonite avec inflammation des annexes droites. Après amélioration, la fièvre reparaît en janvier 1906 ; pertes de pus fétide par le rectum, à la suite de la perforation de l'abcès des annexes droites. A l'opération, du côté gauche, kyste de l'ovaire gros comme une orange ; à droite, tumeur ovarienne du volume d'une mandarine, très adhérente, recouverte par une trompe élargie en ruban ; extirpation des annexes. L'ovaire droit est transformé en une cavité à loges, contenant un pus crémeux, à odeur stercorale, bactériologiquement stérile. La trompe adhérente à l'ovaire ne paraissait pas malade. L'appendice, qui plongeait dans le petit bassin et était enfoui dans des adhérences, est également réséqué. Pas de drainage. Suites simples. Lever le quatorzième jour.

A propos de l'extirpation des annexes, M. Muret recommande de

Digitized by Google

recouvrir de péritoine le moignon utérin et la trompe, afin d'éviter une infection ultérieure, la lumière de la trompe restant ouverte après la chute de la ligature. A ce propos, il cite le cas d'une malade, opérée à Berne, il y a quelques années, pour une salpingite droite, chez laquelle subsistait une fistule abdominale par laquelle s'écoulait du sang lors des règles. M. Muret, après avoir observé lui-même ce phénomène, opéra à nouveau la malade et trouva que le moignon utérin et la trompe communiquaient directement avec la fistule.

4° Un fœtus, de cinq mois environ, avec des fragments de la trompe gauche déchirée, provenant d'une *grossesse tubaire* opérée à l'Infirmerie d'Aigle, avec les Drs Soutter et Mack. La malade, qui souffrait déjà depuis quelque temps, fut prise, ce jour-là, de symptômes de faiblesse grave, avec température de 35°. La trompe était déchirée sur une grande étendue et le fœtus, avec une partie du placenta, se trouvaient dans une cavité encapsulée, à gauche et en arrière de l'utérus. Malgré l'état grave de l'opérée, les suites furent excellentes et il ne survint pas de complications.

5° Les pièces d'une *grossesse tubaire gémellaire* de quatre mois et demi. La malade avait été traitée en France pour une péritonite après un arrêt des règles de quelques mois. Sept à huit mois plus tard, M. Muret, appelé à la voir, trouva une tumeur kystique, assez volumineuse, à droite de l'utérus et diagnostiqua une grossesse tubaire ; à la suite d'une crise aiguë de pelvipéritonite, il se décida à opérer et trouva deux fœtus papyracés dans une cavité adhérente aux intestins, qu'il eut beaucoup de difficultés à enlever ; il se vit obligé de faire une hystérectomie supravaginale, l'utérus étant complètement dénudé sur toute sa face latérale droite. L'opérée est, aujourd'hui, complètement rétablie. La rareté des grossesses extrautérines gémellaires donne un certain intérêt à cette observation.

Le Secrétaire, Dr Edouard Cérésole.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 1er février 1905, à l'Hôpital cantonal.

Présidence de M. Bard, président

34 membres présents.

M. Girard présente :

1° Un malade atteint d'un *épithélioma de la langue* opéré pour la première fois en automne et qui fut atteint de récidive dans ces derniers temps. Il fut réopéré sur sa demande ; M. Girard extirpa les trois quarts postérieurs et latéraux droits de la langue, et pratiqua la pharyngectomie à droite. La brèche résultant de l'opération au niveau du cou est considérable, cependant le malade ne va pas mal. Il est nourri par le nez au moyen d'une sonde. M. Girard espère pouvoir dans quelque temps combler

Digitized by Google

la plaie opératoire au moyen d'un lambeau à double face pris sur le thorax [1].

2° Une femme présentant des troubles de la sécrétion urinaire, caractérisés par une absence totale de sécrétion à droite, constatée par l'appareil de Luys. Opérée une première fois pour un *abcès paranéphrétique*, on enleva plus tard le rein tout entier par morcellement. Le rein contenait une quantité de petits *calculs* dont quelques uns avaient conservé la forme des calices. Guérison de la plaie par granulation.

3° Une femme, déjà présentée à la Société, à laquelle on a pratiqué l'extirpation du cæcum, de 12 cent. de l'iléon et d'une grande partie du colon ascendant pour *tuberculose cæcale*.

4° Une femme âgée de 21 ans, atteinte d'un *prolapsus rectal* volumineux par invagination. Ce prolapsus s'est réduit spontanément par le séjour au lit et grâce à quelques manœuvres auxillaires, lorsqu'il ne restait plus à l'extérieur que quelques centimètres d'intestin.

M. Auguste Reverdin montre une fillette atteinte de *palmature interdigitale* entre le médius et l'annulaire. Après section de la membrane, la plaie fut comblée par un lambeau prélevé sur la cuisse et dont l'implantation s'est faite sans difficulté. M. Reverdin recommande à ce propos d'employer toujours un pansement sec sur la région malade.

Il présente également un enfant atteint de *malformation congénitale héréditaire de la main* (main de crabe).

M. Kummer a, dans deux cas analogues au premier cas présenté, recouvert la plaie interdigitale simplement avec des greffes de Thiersch. Il recommande l'absence de tout pansement, jusqu'à ce que les greffes ait acquis un contact suffisant avec les parties sous-jacentes.

M. Oltramare présente un jeune homme de 19 ans, atteint d'*alopécie en aires* de tout le cuir chevelu, ayant débuté il y a un mois environ, et ayant tout les caractères d'une alopécie spécifique. Il a été cependant impossible de constater chez lui trace de chancre, de roséole ou d'accidents muqueux. En septembre 1905, il a été atteint d'un écoulement blennoragique qui, irrégulièrement traité, a persisté et s'est compliqué le 10 décembre d'une épididymite droite. C'est vers le 20 décembre que les cheveux ont commencé à tomber, produisant petit à petit l'alopécie qu'on observe aujourd'hui. L'examen le plus minutieux ne permet de reconnaître aucune cicatrice ni induration, cependant on constate dans l'aine droite un chapelet ganglionnaire assez nettement accusé, indolore, formé de cinq à six ganglions variant du volume d'une noisette à celui d'un noyau de cerise; quelques petits ganglions existent également dans l'aine gauche. Enfin, le malade présente un ganglion mastoïdien gauche nettement perceptible. L'examen du sang donne les résultats suivants : globules rouges 5.022.000; globules blancs 9920; proportion $^1/_{515}$; équilibre leucocytaire : polynucléaires, 68 mononucléaires 31; eosinophile 1.

[1] L'opéré a succombé peu après à une hémorragie stomacale.

Digitized by Google

On ne saurait en tirer une conclusion, mais M. Oltramare croit plutôt qu'il s'agit d'une alopécie syphylitique, en se fondant surtout sur l'importance du ganglion mastoïdien dans la syphilis secondaire; il est cependant d'avis de ne prescrire actuellement aucun traitement, mais de suivre attentivement le malade qui présentera vraisemblablement quelque autre symptôme de spécificité dans la suite.

M. Bard émet quelque doute sur la nature de cette blennorragie. Il se demande s'il n'y a pas eu en somme un chancre urétral.

M. Oltramare reconnait que cette manière de voir pourrait expliquer quelle a été la porte d'entrée de l'infection, car la coïncidence des dates est évidente. Cependant le malade n'a jamais eu de roséole. Il a un ganglion malade dans l'aine et la formule leucocytaire de son sang parle en faveur de la syphilis.

M. Oltramare montre encore une malade atteinte d'*hyperkératose palmaire*, améliorée par le traitement spécifique, mais qui voit sa lésion réapparaitre, si l'on interrompt celui-ci.

M. Auguste Reverdin présente encore un malade qu'il a opéré pour un *kyste echinoccocique du foie* en deux temps en activant la production des synéchies entre le péritoine et le kyste au moyen de tampons; le kyste fut évacué dans la suite sans narcose. Ce procédé serait préférable à celui qui consiste à stériliser par du formol le contenu du kytse avant d'ouvrir celui-ci.

M. Eug. Revillod demande pourquoi on n'emploie plus les caustiques, pâte de Vienne, etc., pour ouvrir ces kystes.

M. A. Reverdin répond que c'est un bon procédé, mais inférieur à l'intervention chirurgicale.

M. Long présente en son nom et en celui de M. L'Huillier un *tabétique* avéré, ayant présenté il y a deux à trois ans une enflure passagère du genou gauche : actuellement on constate au genou droit une volumineuse *hydarthrose* qui a provoqué une subluxation de l'articulation. La radiographie démontre que les os sont intacts, ce qui est très rare dans le tabès. M. Long se demande s'il ne s'agit pas là plutôt d'une manifestation directement syphilitique, plutôt que d'une lésion dépendant du tabès.

M. Bard est d'avis qu'il s'agit ici d'un cas de syphilopathie simple.

M. Machard a vu dernièrement un cas analogue : hydarthrose indolore chez un syphilitique sans lésion osseuse.

M. Bard est d'avis de tenter le traitement spécifique avant d'intervenir chirurgicalement.

M. Koenig présente :

1° Une femme atteinte de *prolapsus complet du vagin et de l'utérus*. Il existe à côté de l'orifice utérin externe un autre orifice plus petit dont M. König ne s'explique pas l'origine. Il pense que dans ce cas le meilleur traitement consistera dans le cloisonnement du vagin.

2° Deux femmes à *bassins retrécis*, devant accoucher prochainement. Ici, l'opération césarienne paraît préférable à la pubiotomie ou lébotomie pour délivrer les parturientes.

Digitized by Google

M. Askanazy montre les pièces provenant d'un malade atteint d'un petit *cancer de l'estomac avec métastase dans le foie et les poumons*. La carcinomatose se présente dans ces derniers sous la forme miliaire ressemblant à la tuberculose miliaire. Au microscope on constate que le cancer s'est répandu à l'intérieur des vaisseaux lymphatiques.

M. Bard expose comme quoi le principal symptôme de cette métastase pulmonaire a été la dyspnée. On avait pensé à une bronchite suspecte, à une granulie ou une bronchite capillaire. Le malade avait 32 ans. Les cancers stomacaux des jeunes gens ont une allure étrange qui les fait souvent passer inaperçus.

Le secrétaire : Dr Ch. Julliard.

Séance du 7 février 1906.

Présidence de M. Bard, président.

26 membres présents.

M. Bergalonne, à propos du procès-verbal, revient sur le cas, au sujet duquel il avait déjà discuté précédemment avec M. Bourcart ; il tient à dire, qu'après en avoir revu l'observation, il le considère encore comme un cas d'appendicite. L'autopsie a montré un gros abcès sous le foie et des fusées purulentes jusque dans le petit bassin. L'incision était urgente et, à cause du massage vibratoire, elle a été pratiquée trop tard.

M. Bourcart s'en rapporte à l'avis de M. Huguenin qui a fait l'autopsie.

M. Huguenin dit que l'affection primitive siégeait au bas du gros intestin et qu'il y avait un abcès métastatique dans le foie, ce qui est plus fréquent à la suite d'une proctite qu'à la suite d'une appendicite.

M. Bourcart reconnaît que ce cas peut prêter à discussion, mais il l'a exposé à cause de la remarquable chute de température qui a suivi la séance de massage vibratoire.

M. Bergalonne ne veut pas parler du massage vibratoire, mais il s'agit d'une malade ayant eu trois crises vues par trois médecins différents qui, tous trois, ont diagnostiqué l'appendicite. Au moment de la troisième crise, il y avait des signes indubitables de suppuration et l'opération était urgente.

M. *Nægeli-Akerblom*, est reçu membre de la Société.

M. Ch. Julliard lit un travail intitulé : *Rhumatisme articulaire aigu et accidents du travail* (voir p. 149).

M. Nicati a eu à traiter un cas de rhumatisme infectieux, d'origine traumatique. Il s'agit d'un homme qui avait reçu une planche sur la jambe et l'avant-bras droits. Il en éprouva d'abord une vive émotion ; le lendemain, il ne put se mouvoir. Trente heures après l'accident, ses articulations étaient enflées, rouges, douloureuses, T. 38°8. Guérison rapide en trois ou quatre jours. L'ébranlement nerveux général a-t-il joué un rôle ? En tous cas, le malade était assuré et n'a pas même demandé d'indemnité.

Digitized by Google

M. Jeanneret remercie M. Julliard d'avoir donné un fil conducteur pour quelques-unes de ces questions d'assurance qui sont si difficiles à résoudre. Il a vu un ouvrier qui, après s'être tordu le pied, a été atteint d'une arthrite tibio-tarsienne, or, on lui découvrit un bel écoulement blennorragique. Le traumatisme a-t-il joué un rôle dans cette localisation ?

M. Bergalonne a vu, à l'Hôpital, plusieurs cas analogues ; des coups au genou amenant une arthrite blennorragique localisée à l'articulation traumatisée.

M. Maillart trouve que M. Julliard n'a pas assez différencié les rhumatismes francs d'avec les rhumatismes de diverses natures. Ainsi, un des cas de Thiem lui fait l'effet d'appartenir au rhumatisme infectieux.

M. Julliard : Thiem affirme qu'il s'agit de rhumatisme articulaire aigu.

M. Maillart : Le succès du traitement salicylé permet seul de poser un diagnostic certain.

M. Picot : Au point de vue des assurances, les tribunaux s'inquiètent peu de la nature du rhumatisme ; ce qui importe, c'est le rôle joué par le traumatisme dans son étiologie.

M. Maillart : Ce qui intéresse les médecins, c'est de savoir si le rhumatisme articulaire aigu peut être causé par un traumatisme.

M. Bard dit que M. Julliard s'est placé au point de vue pratique et non au point de vue scientifique. Dans le même ordre d'idées, M. Bard a eu à donner son avis sur un cas de tabès chez un syphilitique avéré. Ce tabès avait été diagnostiqué sept à huit mois après un accident grave : rupture des cordes d'un échafaudage et chute d'une grande hauteur. Il est évident que le tabès ne relevait pas uniquement de l'accident, mais M. Bard a admis que celui-ci avait pu le provoquer ou l'exagérer. Il y a toujours une prédisposition antérieure. Il faut aussi considérer les conditions accessoires de l'accident, par exemple, le fait de rester couché longtemps au froid et en sueur sur une civière.

M. J.-L. Reverdin donne lecture de deux observations de *femmes hystériques ayant présenté des symptômes abdominaux graves radicalement guéris après la laparotomie* (paraîtra dans la *Revue*).

M. E. Revilliod : Les malades ont-elles su qu'on n'avait rien trouvé d'anormal dans leur ventre à l'opération ?

M. J.-L. Reverdin : Naturellement non.

M. Maillart a eu l'occasion de traiter une petite fille qui avait été prise de vomissements porracés. Ce qui l'a rassuré, c'était la bonne mine, le bon état du cœur et, surtout, une hémianesthésie gauche. La petite malade a très bien guéri.

M. de Seigneux : Les phénomènes réflexes ne venaient-ils pas, dans le second cas rapporté par M. Reverdin, de la retroflexion de l'utérus ?

M. J.-L. Reverdin a aussi cette idée. Il insiste sur la dissociation qu'il a observée dans ses deux cas, comme M. Maillart chez sa malade, entre les

Digitized by Google

phénomènes abdominaux et l'excellent état général, la bonne mine. Il demande si on a observé des vomissements de matières fécales en pareil cas.

M. Bard : On a publié des cas semblables. Il faut toujours, d'ailleurs, songer à une simulation de la malade.

M. Aubert a vu une femme nerveuse qui était dans un état comateux avec anurie depuis quarante-huit heures. La vessie était presque vide, le teint rose et frais, le visage excellent. Le lendemain, guérison complète avec grande débâcle d'urines nerveuses.

M. Ch. Julliard a observé une pseudo-obstruction intestinale hystérique avec vomissements chaque après-midi. Un simulacre de laparotomie avec narcose, incision et suture de la peau, assurèrent la guérison.

M. Roch se rappelle une hystérique présentant des crises ayant l'apparence de crises d'épilepsie Jacksonnienne. Cette malade a été trépanée et guérie momentanément.

M. Bard attire l'attention sur l'épidémie de *fièvre typhoïde* qui sévit aux Eaux-Vives. Il y a, dans ce quartier, des bornes-fontaines donnant de l'eau de source ; chez trois des malades, déjà, M. Bard a établi qu'ils consommaient cette eau.

M. Picot a vu aussi aux Eaux-Vives une typhique, laquelle buvait de l'eau de source.

M. Aubert a deux cas dans sa maison ; il s'agit de personnes faisant usage de cette même eau.

M. Jeanneret demande si on a séquestré les eaux coupables.

M. Bard a prévenu le maire et fait informer le Bureau de salubrité.

M. H. Audeoud connaît ces bornes-fontaines pour donner, habituellement, de la bonne eau. Il s'agit de contamination accidentelle.

M. Bard connaît encore un cas chez un jeune garçon habitant les Tranchées mais qui a une tante demeurant Quai des Eaux-Vives. Ces eaux de source viennent de Grange-Canal où il y a eu, dernièrement, des fièvres typhoïdes.

M. Jeanneret sait qu'à la Pallanterie on sert aux patineurs, à la cantine, l'eau du marais.

M. Vallette voudrait qu'on s'intéressât, aux épidémies, pendant qu'elles sévissent, mais pas après, comme on l'a fait pour la roséole de l'an dernier.

M. Maillart : Il y a trente ans, il y avait à chaque séance de la *Société médicale* un colloquium pour s'entretenir des maladies régnantes.

M. Bard propose de mettre la question de la fièvre typhoïde des Eaux-Vives à l'ordre du jour d'une prochaine séance et de prier M. Pautry d'apporter les renseignements qu'il peut avoir recueilli, à ce sujet, comme directeur du Bureau de salubrité.

Le Secretaire, Dr M. Roch.

Digitized by Google

Séance du 15 février 1906, à l'Hopital cantonal

Présidence de M. Bard, président

32 membres présents.

M. Girard présente :

1° Un malade auquel on a fait la *résection du maxillaire inférieur* pour carcinome, actuellement bien guéri.

2° Un malade souffrant d'une affection des voies urinaires. La radiographie permit de voir un *calcul dans le rein*. Néphrotomie, extraction du calcul. Les suites furent très simples. La mortalité de cette opération ne dépasse du reste pas 3 % malgré l'intensité de l'hémorrhagie.

M. Machard présente un enfant atteint de *mal de Pott cervical*. (L'observation sera publiée.)

M. Doret montre un malade atteint d'*opacité partielle du cristallin d'origine traumatique :*

Ce malade a reçu le choc d'une branche d'arbre sur l'œil, lequel devint douloureux. Deux jours plus tard un médecin fit l'extraction d'une épine enfoncée dans l'organe. Depuis lors la vue reste troublée. La cornée porte à son centre une petite opacité qui se continue dans la profondeur, un peu obliquement presque jusqu'à la face postérieure de la cornée. L'humeur aqueuse est claire. Il existe une petite tache sur la critalloïde antérieure. Par la blessure de la cristalloïde, quelques fibres du cristallin font hernie, ont bouché l'orifice et l'opacité du cristallin ne s'est pas poursuivie par pénétration de l'humeur aqueuse. Il est probable que cette opacité ne progressera plus. Il n'y a pas d'iritis à redouter. Il est remarquable que dans ce cas il ne se soit pas produit d'infection, ce qui est fréquent.

M. Haltenhoff rappelle que l'opacité peut quelquefois diminuer par suite de la résorption de l'œdéme interfibrillaire, ce qui s'observe parfois pour la cataracte diabétique.

M. Bard expose le cas d'un malade atteint d'une *paralysie faciale périphérique*, consécutive à une opération sur la mastoïde. Il existe un tic dans la région paralysée. Dans la paralysie périphérique l'ordre de fermer les paupières est arrêté en chemin, le malade esquisse le mouvement de fermeture et l'œil se dirige en haut. Dans le cas de paralysie centrale l'œil ne bouge pas. Le malade présente également des mouvements convulsifs du globe oculaire vers le haut. Ces trois phénomènes marchent de pair. Dans le clignement habituel, cependant, le globe oculaire droit ne bouge pas ; il ne s'agit donc pas ici d'un spasme, mais d'un tic, provoqué par le fait que le malade ne pouvant faire le mouvement de clignement a besoin de le remplacer. Il fait donc des efforts destinés à remplacer le mouvement de la paupière par celui de l'œil et ce mouvement dégénère en tic.

M. Girard pense qu'une anastomose du bout périphérique du facial

Digitized by Google

avec le spinal ou une correction plastique pourrait avoir pour effet de diminuer la difformité.

M. Guder dit que les paralysies du facial consécutives aux opérations sur la mastoïde peuvent guérir lorsqu'elles ne sont pas complètes, lorsque le nerf n'est pas sectionné, mais lésé. Les instruments destinés à protéger le nerf risquent souvent d'écraser celui-ci.

M. Maillart demande si le tic peut se produire là où le spasme ne le peut pas.

M. Bard répond que, quand la continuité est complètement détruite, il n'y a ni spasme, ni tic ; donc dans ce cas il faut admettre une conservation partielle des filets nerveux.

M. Koenig démontre une préparation anatomique : *grossesse tubaire avec kyste de l'ovaire*. La malade a été opérée juste au moment où l'hémorragie allait se produire. L'œuf est dégénéré en môle. L'hémorragie peut survenir dans ces cas malgré la mort du fœtus.

M. Gautier se demande si le kyste de l'ovaire ne peut pas favoriser la production de la grossesse tubaire.

M. Pautry donne quelques renseignements sur l'épidémie de *fièvre typhoïde* des Eaux-Vives, qui peut-être considérée actuellement comme terminée. Il se plaint de ce que certains médecins refusent de partis pris de signaler les cas au Bureau de salubrité, ce qui entrave tout travail de statistique.

Le secrétaire : Dr Ch. Julliard.

BIBLIOGRAPHIE

Dr A. Gaussel. — Les mouvements associés des yeux et les nerfs oculogyres ; un vol in-12° de 225 p. Montpellier, 1906, Coulet et fils ; Paris, Masson et Ce.

Ce petit volume, dû au chef de clinique du prof. Grasset, est précédé d'une préface dans laquelle ce dernier recommande l'ouvrage dont il est l'initiateur et dans lequel sont développées ses propres idées.

L'auteur fait un exposé très documenté de la bibliographie concernant la question de la déviation conjuguée des yeux et passe en revue les différentes circonstances qui peuvent la provoquer. Il cherche, en se basant soit sur la physiologie et l'anatomie, soit, surtout, sur la clinique, à interpréter le mécanisme de ce symptôme intéressant. D'après lui, comme selon le Prof. Grasset, on peut considérer que les mouvements latéraux des yeux sont sous la dépendance d'un appareil oculogyre distinct de l'appareil céphalogyre, mais juxtaposé à lui. Les centres protubérantiels ou neurones inférieurs seraient en rapport avec les centres corti-

Digitized by Google

caux, l'un frontal, siègeant surtout sur le pied de la seconde frontale et un centre postérieur en relation avec la zône visuelle occipitale. La déviation conjuguée de la tête et des yeux tient à la paralysie oculo-céphalogyre d'un côté avec prédominance d'action du tonus de l'appareil similaire de l'autre côté resté sain. Quand la lésion est d'ordre irritatif, la convulsion remplace la paralysie, la déviation se faisant en sens inverse. Quant aux déviations conjuguées dans les lésions du noyau mésocéphalique, l'auteur les fait dépendre de la lésion du noyau de la sixième paire qui est ainsi devenu le noyau mésocéphalique des oculogyres. Les déviations de cet ordre sont en sens inverse des déviations par lésion cérébrale.

Il faut, selon l'auteur, admettre des nerfs oculogyres (dextrogyre et lévogyre) dont les centres corticaux sont disposés dans chaque hémisphère de façon à présider à la motilité des deux yeux vers le côté opposé. Comme le dit le prof. Grasset, *chaque hémisphère voit et regarde du côté opposé avec les deux yeux*. L'auteur combat et réfute la théorie sensorielle en montrant que tous les cas d'hémiopie ne sont pas accompagnés de déviation conjuguée et que la déviation conjuguée des yeux peut s'observer chez des aveugles de naissance, frappés d'hémiplégie.

On pourrait ajouter à ces arguments, que la déviation conjuguée des yeux, observée chez les hémiplégiques, est, d'après Vulpian, tout-à-fait comparable à une ébauche des mouvements de rotation observés chez les animaux chez lesquels on a fait une lésion unilatérale d'un hémisphère ou de certaines parties du mésocéphale. Or, dans ces cas, les yeux sont dirigés du côté où se fait le déplacement et le mouvement de rotation n'est nullement modifié par l'ablation des deux globes oculaires. J.-L. P.

Mathias Duval et E. Gley. — Traité élémentaire de physiologie. Première partie ; un vol. in-8° de 483 p. avec 120 fig. Paris, 1906, J.-B. Baillière et fils.

M. Gley, en rééditant la neuvième édition du *Traité de physiologie* de Mathias Duval, dont la première édition était due au Prof. Kuss, a complètement refondu cet ouvrage tout en lui conservant ses qualités didactiques. Il a préféré adopter la classification en fonctions de nutrition et de relation en abandonnant l'ordre systématique des premières éditions et en faisant précéder la physiologie spéciale par un exposé succinct de la physiologie générale.

Cette première partie est nouvelle, surtout dans les chapitres consacrés à la physiologie cellulaire, à la composition chimique du corps humain, aux propriétés physiques des cellules et des liquides intercellulaires ; l'auteur y expose, en particulier, les méthodes physiques concernant l'osmose, la pression osmotique, la cryoscopie, etc. Dans les chapitres qui étudient les fonctions digestives, l'absorption et la circulation, de nombreuses données nouvelles mettent le lecteur au courant des progrès que la science a faits depuis les précédentes éditions.

Digitized by Google

Nous espérons que la publication de la seconde partie ne tardera pas à compléter ce traité qui sera, pour les médecins et les étudiants, un manuel clair, concis et bien ordonné. J.-L. P.

Ch. Vibert. — Les accidents du travail, étude clinique et médico-légale ; un vol. in 8° de 716 p., Paris 1906. J.-B. Baillière et fils.

Les manuels concernant la médecine des accidents du travail se multiplient d'année en année, et cela pour le plus grand bien du corps médical qui, sollicité de plus en plus de s'occuper de la question qu'ils traitent, y trouve un aide précieux et indispensable. Le livre de M. le Dr Ch. Vibert, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, est un des derniers venus dans la liste déjà grande de ces ouvrages et il est à la fois un des plus précis et un des plus complets.

Etant basé sur la loi française du 9 avril 1898, ce qui se rattache aux questions juridiques intéressera évidemment plus particulièrement nos confrères d'au delà de la frontière. Cependant, outre qu'il n'est point superfiu de connaître d'autres législations que celles de son pays, cette partie juridique fournira à tout médecin désireux d'approfondir les questions générales qui se posent journellement à l'esprit du médecin expert des renseignements utiles et importants.

La valeur d'un ouvrage de cette nature réside avant tout dans la richesse de la documentation et dans son absolue exactitude. C'est ce que M. Vibert a parfaitement compris ; aussi a-t-il accumulé — sans donner l'impression de la confusion — les observations les plus variées et les plus démonstratives. Il les a accompagnées de l'exposé succinct des jugements qui pouvaient s'y rattacher, combinant de la sorte les renseignements qui résultent de l'expérience médicale pure et ceux provenant de la jurisprudence sur l'importance de laquelle il n'est plus besoin d'insister à l'heure actuelle.

M. Vibert a surtout donné ses soins et voué son attention à l'étude des affections médicales qui peuvent être la conséquence d'un accident du travail. La névrose traumatique en particulier est traitée avec tous les détails que comporte ce sujet difficile.

Enfin, dans un appendice, l'auteur a rassemblé des documents plus spéciaux tels que la loi du 9 avril 1898 elle-même, modifiée par les lois du 22 mars 1902 et du 31 mars 1905, ainsi que les décrets qui s'y rapportent, puis le tarif spécial des honoraires médicaux dûs aux médecins, quels qu'ils soient, qui soignent un blessé visé par la loi, enfin un tableau très complet concernant l'évaluation du degré d'invalidité résultant de diverses lésions, d'après les conciliations intervenues au tribunal civil de la Seine en 1902 et 1903.

M. Vibert termine sa préface par un vœu qui nous paraît aussi légitime que raisonné ; « Il nous paraît à souhaiter, dit-il, qu'il soit publié un plus grand nombre d'expertises médicales relatives aux accidents du travail. On arriverait sans doute ainsi à uniformiser autant que possible

Digitized by Google

les solutions proposées par les experts et à faire disparaître les écarts trop considérables dans l'évaluation du préjudice causé par des blessures à peu près semblables — perfectionnement évidemment désirable pour l'équitable application de la loi et aussi pour la bonne renommée du corps médical. » C. J.

Brouardel et Gilbert. — Nouveau traité de médecine et de thérapeutique, fasc. IV et XV, de 428 et 276 p. in-8° avec 26 et 5 fig. ; Paris, 1906, J.-B. Baillière & fils.

Le fascicule IV de ce nouveau traité (voir cette *Revue*, 1905, p. 223) est consacré aux *maladies communes à l'homme et aux animaux ;* MM. Mosny et L. Bernard y ont écrit un important chapitre sur la tuberculose, où ils ont exposé les résultats des recherches les plus modernes sur cette affection ; M. Gallois s'est chargé de la scrofule, M. Ménétrier de la morve, de l'actinomycose, du charbon et de la rage ; MM. Gilbert et L. Fournier, de la psittacose ; M. L. Vaillard, du tétanos ; M. Deschamps, de la ladrerie ; M. Brouardel, de la trichinose et M. Guiart, de l'ankylostomose.

Le fascicule XV est relatif aux *maladies de la bouche et du pharynx*, qui sont traitées par M. G. Roque et aux *maladies de l'œsophage*, qui sont exposées par M. L. Gaillard.

G. Morache. — La responsabilité; étude de socio-biologie et de médecine légale ; un vol. in-16 de 275 p. ; Paris, 1906, F. Alcan.

Le problème de la justice sociale ne consiste pas seulement à rechercher l'auteur d'un acte délictueux ou criminel, mais encore à reconnaître si l'accusé a compris absolument la portée de son acte, s'il a pu le juger, en apprécier toutes les conséquences, s'il n'a pas agi sous quelque influence morbide, s'il a été vraiment conscient ou libre, en un mot, s'il est responsable. M. Morache expose d'une façon très détaillée, dans le présent ouvrage, les principaux facteurs qui peuvent intervenir dans la question et si, comme il le croit, c'est le facteur misère, soit la déchéance physique de l'individu, qui se trouve à l'origine de la plupart des formes de la criminalité, c'est en combattant ce facteur dans toutes ses manifestations biologiques qu'on pourra l'atténuer, sinon le faire entièrement disparaître. C'est dans cet esprit qu'est rédigé ce livre et l'auteur appuie son opinion sur l'étude de tares connues de tous, mais qui n'avaient peut-être pas toujours été envisagées à ce même point de vue. Nous ne doutons pas que l'ouvrage de M. Morache ne trouve, auprès des savants et du public, le même accueil favorable que les précédents travaux du distingué professeur de médecine légale de l'Université de Bordeaux.

Digitized by Google

VARIÉTÉS

Compte rendu sur la jurisprudence et la littérature médicale spéciales aux accidents de travail [1].

LES MUSÉES DE PRÉVENTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le plus récent musée de prévention des accidents du travail et d'hygiène industrielle vient d'être inauguré le 9 décembre 1905 à Paris, au Conservatoire des Arts et Métiers, par M. le Président de la République.

Bien que la description d'un semblable établissement ne soit pas précisément comprise dans les limites que nous avons assignées à ce compte rendu, il nous a paru intéressant de signaler au corps médical — à qui incombe le soin de guérir, de réparer ou d'estimer les lésions produites par les accidents du travail — les efforts qui se sont faits ou tendent à se faire pour prévenir la production de ces lésions.

Cet effort est timide, sans doute, pour le moment, dans le sens où nous l'envisageons ici, mais il apparait aux intéressés si nécessaire et si fécond qu'il ne manquera pas d'acquérir l'ampleur que réclame de lui la grandeur de son but.

« Prévenir vaut mieux que guérir » dit le vieux proverbe. C'est là la conclusion à laquelle tendent à arriver tous ceux qui s'occupent de la question des accidents du travail.

Qu'on juge plutôt de l'importance de cette prévention :

Le nombre des accidents du travail et les sommes dont ils entraînent chaque année l'allocation à titre d'indemnités sont en progression rapide et constante. En voici un exemple :

En Allemagne, le nombre des accidents qui ont été indemnisés pour la première fois en 1903 est de 129.375 (dont 8.370 cas de mort et 1.538 d'incapacité complète de travail).

Le montant des indemnités payées aux victimes ou à leur famille (rentes, etc.) de 1886 à 1903 est exposé dans le tableau suivant, démonstratif à tous égards :

1886	1.915.366 24 marks	1895	50.125.782 22 marks
1887	5.932.930 08 —	1896	57.154.397 53 —
1888	9.681.447 07 —	1897	63.973.547 77 —
1889	14.464.303 15 —	1898	71.108.729 04 —
1890	20.315.319 55 —	1899	78.680.632 52 —
1891	26.426.377 — —	1900	86.649.946 18 —
1892	32.340.177 99 —	1901	98.555.868 57 —
1893	38.163.770 35 —	1902	107.443.326 27 —
1894	44.281.735 72 —	1903	117.246.500 04 —

Soit un total de 924.460.151 marks, plus d'un milliard de francs pour une durée de 18 ans seulement et pour un seul pays.

[1] Voir les numéros précédents.

Digitized by Google

En France : Les 36 compagnies, sociétés, syndicats d'assurance on payé en indemnités en 1904 :

En cas de mort.	Fr.	5.024.415 51
— d'incapacité permanente .	»	24.416.748 12
— — temporaire .	»	11.594.837 30
Soit au total. .	Fr.	41.036.000 93

(Les frais médicaux ont été en 1904, pour ces compagnies, de 6.875.559,17 francs.)

Lorsqu'on réfléchit un instant à la somme d'infirmités, de douleurs, au déchet organique que ces chiffres représentent, on est stupéfait de ce que le *travail* coûte à l'humanité (sans parler des victimes indirectes) !

Ces milliards qui ont été ou seront dépensés dans les divers pays civilisés qui possèdent une législation sur la responsabilité des fabricants, ne sauraient compenser les mutilations qu'ont subies les victimes ou les morts qu'ont à déplorer les familles des ouvriers.

Voilà pourquoi a-t-on cherché et cherche-t-on encore toujours plus à prévenir ces désastres soit par la promulgation de lois ou de règlements appropriés, soit par l'installation des musées dits : « de prévention des accidents du travail ».

La Suisse, qui en 1877 puis en 1881 a eu l'honneur de marcher en tête des nations en proclamant ses lois sur le travail dans les fabriques et sur la responsabilité civile des fabricants, a eu la satisfaction également de poser un des premiers jalons dans cette voie.

En 1883, les inspecteurs fédéraux des fabriques avaient réuni une petite collection d'appareils destinés à protéger la vie et la santé des ouvriers, collection qui figura, à cette époque à l'exposition nationale de Zurich.

Augmentée par suite d'un don de M. Engel-Dolfuss, elle fut d'abord installée au musée industriel de Winterthour. Il y a quinze ans elle a été transférée au Polytechnicum de Zurich, où elle est dès lors installée. Cette collection qui prend peu à peu de l'extension, grâce aux subsides accordés par le département fédéral de l'Industrie, aux crédits inscrits au budget du Polytechnicum fédéral, et aux dons fréquents faits par les industriels eux-mêmes, se compose des éléments suivants :

1° Objets, plans, modèles, etc., se rapportant à la construction des des fabriques, à la ventilation, à l'aspiration des poussières des salles où travaillent les ouvriers, aux mesures de précaution contre les dangers d'incendie et à celles prises en faveur des blessés.

2° Appareils ou modèles concernant la protection des machines en général (moteurs, transmissions, monte-charge, treuils, chaudières, etc.) dont quelques uns fonctionnent sous l'œil du visiteur.

3° Appareils de protection spéciaux à certaines industries (industrie textile, de l'habillement, de l'aliment, du papier, industries métallurgiques, chimiques, etc.).

4° Plans d'habitations ouvrières salubres et objets concernant la préparation des aliments.

Digitized by Google

Cette collection, propriété en partie du Polytechnicum, et en partie de l'inspectorat fédéral des fabriques, est placée sous la direction du professeur d'hygiène industrielle, M. Roth[1]. Elle contribue à l'enseignement des élèves qui suivent les cours de ce professeur ; elle est, en outre, ouverte au public, en sorte que chaque fabricant, quelque peu soucieux de la vie et de la santé de ses ouvriers, peut y venir puiser de nouvelles idées et y acquérir des notions sur les meilleurs moyens de prévenir les accidents.

Cet exemple n'a pas tardé à être suivi et il existe actuellement à Charlottenbourg, à Amsterdam, à Munich et à Vienne des musées semblables dont l'utilité est très appréciée et qui rendent de grands services.

Nous venons de voir que la France n'avait pas voulu rester en arrière et qu'elle venait à son tour de créer une institution du même genre. Dans le musée français, une annexe a été réservée aux appareils concernant l'*atténuation* des conséquences des accidents du travail, en particulier aux appareils mécano-thérapiques pour le traitement ultérieur des blessés.

Il est à souhaiter que de telles institutions se développent comme elles le méritent, et qu'il s'en crée de nouvelles dans tous les centres industriels, pour le plus grand bien des travailleurs.

Dr Ch. Julliard.
Mars 1906.

Les assurances a la Chambre médicale suisse. — Dans sa séance du 5 avril 1905[2], la *Chambre médicale suisse*, réunie sous la présidence de M. le prof. de Cérenville, a principalement discuté les propositions de la Commission médicale suisse au sujet de l'attitude que doivent prendre les médecins vis-à-vis de la législation fédérale sur les assurances. Elle a entendu le rapport de M. le prof. Jaquet sur les résultats de l'enquête faite à ce sujet auprès des Sociétés cantonales, résultats qui ont été soumis à une commission d'experts. Celle-ci, après les avoir étudiés, a formulé une série de propositions qui ont été discutées par la Commission médicale suisse puis présentées et adoptées, après de légères modifications, sous la forme suivante, par la Chambre médicale comme postulats relatifs à une future loi fédérale sur l'assurance maladie :

1. La législation doit porter, en première ligne, sur l'assurance pour soins médicaux. Il serait préférable que l'indemnité pécuniaire pour journées de maladie restât du domaine des sociétés de secours mutuels. — 2. L'assurance des membres de la famille qui ne contribuent pas au gain journalier (mères de famille et enfants) doit être favorisée par des dispositions spéciales. — 3. Il y a lieu d'empêcher que, en faisant partie de

[1] Nous tenons à remercier ici M. le Prof. Roth pour l'amabilité avec laquelle il nous a communiqué les renseignements concernant le musée de Zurich.

[2] Voir le texte français du procès-verbal de cette séance dans le n° du 8 mars 1906 du *Bulletin démographique et sanitaire suisse* que reçoivent tous les médecins suisses.

Digitized by Google

plusieurs caisses, l'assuré n'arrive à se procurer, quand il est malade, des ressources supérieures à son salaire normal. — 4. Les prestations de l'assurance médicale doivent être garanties dans leur intégrité au moins pour les six premiers mois de la maladie. — 5. D'autre part, l'assurance doit fonctionner dès le premier jour de l'incapacité. Les maladies de courte durée ne doivent pas être exclues. — 6. Les dispositions, en vertu desquelles les membres des sociétés de secours ne seraient pas au bénéfice de l'assurance quand la maladie survient par leur propre faute, ne peuvent pas être admises. — 7. Les conditions particulières de la pratique médicale dans les contrées de montagne doivent être prises spécialement en considération. — 8. Le service médical des caisses subventionnées doit être réservé aux médecins pourvus d'un diplôme fédéral. — 9. Les intérêts des médecins suisses, au point de vue de la pratique des sociétés de secours mutuels dans les régions frontières, doivent être garantis par des dispositions basées sur le principe de la réciprocité. — 10. Les assurés doivent toujours pouvoir choisir librement leur médecin. — 11. Dans le cas où l'assurance obligatoire serait établie par une loi fédérale, les classes les moins fortunées de la population doivent seules être soumises à cette obligation. Dans le cas où la loi se bornerait à instituer le subventionnement des sociétés existantes, les médecins renoncent à proposer la fixation d'un revenu au-dessus duquel on ne pourrait être admis dans les caisses subventionnées. Ils demandent, en revanche, que les taxes minima, actuellement existantes, ne subissent aucune réduction et que leur emploi soit réservé aux classes les moins fortunées de la population. — 12. Le droit pour le médecin de faire lui-même la pharmacie doit être maintenu sur la base des règlements cantonaux en vigueur. — 13. Des tribunaux arbitraux, avec instances d'appel, doivent être établis pour la solution des contestations éventuelles. Le corps médical doit être représenté, dans ces organes judiciaires, d'une manière proportionnelle à l'importance de ses intérêts dans ce domaine. — 14. Il serait désirable que les médecins fissent partie des commissions fédérales et cantonales chargées de la surveillance des caisses subventionnées. — 15. Une représentation du corps médical dans les commissions appelées à préparer le projet sur l'assurance maladie, serait également désirable.

Congrès international de médecine (Lisbonne, 19-26 avril 1906). — Le Comité exécutif s'est assuré un nombre considérable d'appartements (chambres à un lit ou, pour la plupart, à plusieurs lits), au prix de 6, 8 et 10 fr. le lit, suivant la catégorie. Il y a aussi quelques logements avec pension, à 15 fr. par personne. On paiera les tickets à la gare du Rocio (entrée à Lisbonne en arrivant par chemin de fer) et pour la durée du Congrès, soit huit jours. Il y a toute facilité pour les repas dans les restaurants et hôtels de Lisbonne, ainsi que dans le restaurant du Congrès. Tous les logements seront distribués au fur et à mesure qu'arriveront les demandes ; celles-ci sont à adresser, avant le 31 mars, à

Digitized by Google

Mr Manoel José da Silva, Palacio Foz, Praça dos Restauradores, *Lisbonne*, qui est chargé de ce service.

Les chemins de fer français, espagnols et portugais permettent aux congressistes d'effectuer le voyage de retour par un itinéraire différent de celui de l'aller, toujours en bénéficiant de la réduction de 50 %, à condition que l'aller et le retour se fassent par voie ferrée. Le Comité du Congrès envoie des cartes spéciales uniformes pour les Compagnies des trois pays. Les chemins de fer italiens accordent aussi la réduction de 50 %.

Congrès d'électrologie et de radiologie. — Le troisième Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales se réunira à Milan, du 5 au 9 septembre 1906. Les questions à l'ordre du jour sont : 1° *Loi de l'excitation électrique des nerfs* (rapporteur : M. le prof. J. Cluzet, de Toulouse) ; 2° *De l'excitabilité des différents muscles et des différents nerfs* (rapp. : Mlle J. Ioteyko, chef de laboratoire à l'Université de Bruxelles) ; 3° *Des principes fondamentaux de l'électrothérapie moderne* (rapp. M. le prof. E. Doumer, de Lille) ; 4° *De l'électricité dans les maladies de la peau* (rapp. M. le prof. di Luzenberger, de Naples) ; 5° *Traitement des tuberculoses chirurgicales par les courants de haute fréquence* (rapp. : M. le Dr F. Denoyès) ; 6° *Mesures des courants faradiques* (rapp. : M. le prof. Wertheim Salomonson, d'Amsterdam) ; 7° *De la radiographie stéréoscopique* (rapp. : M. le prof. Th. Guilloz, de Nancy) ; 8° *Du traitement des cancers superficiels* (rapp. : M. le prof. Ed. Schiff, de Vienne) ; 9° *Du traitement des cancers profonds ;* 10° *Action thérapeutique du radium* (rapp. : M. le Dr P. Oudin, de Paris) ; 11° *Etat actuel de la photothérapie.*

Les membres adhérents désirant prendre part aux discussions de ces questions ou faire des communications doivent en aviser M. Doumer, secrétaire général, 57, rue Nicolas-Leblanc, à *Lille*, avant le 15 août prochain. Une exposition d'appareils relatifs à l'électrologie et à la radiologie, sera annexée au Congrès.

Cotisations : 25 fr. pour les membres adhérents, fr. 12.50 pour les membres associés, donnant droit aux réductions consenties par les Compagnies de transport et à l'entrée de l'exposition. Les adhérents, seuls, pourront prendre part aux discussions et auront droit aux publications. Adresser adhésions et cotisations à M. le Dr A. Moutier, secrétaire adjoint, 11, rue de Miromesnil, à Paris ou à M. le Dr C. Luraschi, via S. Andrea, Milan.

Errata au n° précédent. — P. 116, l. 2. *Au lieu de :* inhibition toujours au même moment du même acte, *lisez :* inhibition générale des mouvements et de la parole — l. 7, après internement, *au lieu de :* à Bel-Air, *lisez :* dans une maison de santé — l. 18, après les symptômes, *ajoutez :* psychiques démentiels.

Digitized by Google

CAISSE DE SECOURS DES MÉDECINS SUISSES

ET FONDATION BURCKARDT-BAADER

Honorés confrères,

Nous vous présentons le vingt-troisième compte annuel de la Caisse de secours des médecins suisses.

Vous y verrez que les cotisations volontaires des médecins tant pour la Caisse que pour la Fondation Burckhardt-Baader, se montent à fr. 7651.90, somme presque égale à celle atteinte en 1904. La Caisse a reçu par legs ou dons fr. 3897.20. Nous adressons les plus cordiaux remerciements à tous les nombreux donateurs.

La Caisse de secours a consacré fr. 9940 à venir en aide à 23 veuves et enfants.

En 1906 la Caisse n'aura plus à fournir que la moitié de sa contribution précédente à la fille d'un médecin, dont l'instruction comme institutrice se termine au printemps ; d'autre part la veuve d'un médecin recevra cette année la contribution entière qui lui a été accordée, tandis qu'en 1905 elle n'avait été assistée que pendant le second semestre, ce qui fait que le budget des dépenses pour 1906 s'élève déjà à fr. 10.090, et il n'est point certain que dans le cours de l'année des secours nouveaux ne viendront pas entamer les ressources de la Caisse.

Nous avons exposé dans le rapport de l'année précédente l'organisation et le but de la Caisse, et nous répétons aujourd'hui que ce but est de secourir les veuves et les orphelins de médecins ainsi que les collègues invalides. Venez nous donc en aide, honorés confrères, pour que la Caisse puisse réaliser ce but dans l'avenir comme elle l'a fait jusqu'ici. Tandis que les demandes augmentent, les contributions des médecins restent à peu près stationnaires ; il faut donc qu'à nos nombreux anciens donateurs viennent s'en s'ajouter de nouveaux.

Lausanne et Bâle, février 1906.

Au nom de la Commission médidale suisse.

Le Président : Prof. de Cérenville.

La Commission administrative de la Caisse :

Dr Th. Lotz-Landerer. Prof. Albrecht Burckhardt.

Dr P. von der Mühll.

Digitized by Google

Vingt-troisième compte, du 1er janvier au 31 décembre 1905.

RECETTES

		Nombre.	Fr. Ct.	Fr. Ct.
Solde du compte précédent				2191.30
Cotisations pour la Caisse de secours:				
Du canton d'Appenzell..	1 1 à 100.— / 2 ens. 12.—	3	112.—	
» Argovie		19	420.—	
» Bâle Ville		36	820.—	
» Bâle-Campagne		7	120.—	
» Berne		67	1040.—	
» Fribourg [1]		1	50.—	
» St-Gall	1 1 à 50.— / 24 ens. 450.—	25	500.—	
» Genève	1 2 à 50-100.— / 20 ens. 520.40	22	620.40	
» Glaris		2	40.—	
» Grisons		27	375.—	
» Lucerne		13	245.—	
» Neuchâtel		13	180.—	
» Schaffouse		3	35.—	
» Schwyz		8	92.50	
» Soleure		9	145.—	
» Tessin		4	112.—	
» Thurgovie	1 1 à 100.— / 10 ens. 260.—	11	360.—	
» Unterwalden		1	20.—	
» Uri		1	5.—	
» Valais		—	—.—	
» Vaud		23	620.—	
» Zoug		5	150.—	
» Zurich	1 1 à 100.— / 74 ens. 1110.—	75	1210.—	
		375	ensemble	7271.90
De divers:				
De M. le Dr Ed. Hess, Bey, au Caire		1	25.—	
De M. le Dr Zürcher, à Nice		1	20.—	
De M. le Dr O. Lanz, prof. à Amsterdam		1	52.20	
De M. L. W. et M. le Dr E. W., à Bâle		1	1500.—	
Anonyme		1	100.—	
De l'Institut bactério-thérapique et vaccinal à Berne		1	500.—	
En mémoire de M. le Dr S. Kottmann, à Soleure		1	1000.—	
» » d'un collègue à Bâle		1	200.—	
Legs de M. le Dr Th. Heusser, Righi-Kaltbad Pegli		1	250.—	
	A reporter	9	3647.20	3.647.20

[1] Dons de société.

Digitized by Google

Cotisations pour la fondation Burckhardt-Baader :

Du canton d'Appenzell.... don de Société	1	50.—	
» Berne.....	1	25.—	
» St-Gall	1	10.—	
» Genève	1	25.—	
» Tessin [1].....	1	250.—	
» Zurich	1	20.—	
	6	ensemble	380.—

De divers :

Legs de M. le Dr Th. Heusser, Righi-Kaltbad-Pegli		250.—

Capitaux :

Remboursements de titres (3 oblig.).....		3000.—
Remboursements de la Banque de Bâle du compte-courant		11,044.10
Différences de cours en notre faveur.....		354.—
Intérêts des capitaux de la Caisse de secours	4076.74	
Et de la fondation Burckhardt-Baader intérêts de fr. 25187.90 à 3 3/4 %....	944.55	5021.29
Total des recettes		33.159,79

DÉPENSES

Placements de capitaux		9000.—
Versement à la Banque de Bâle en compte courant		5910.—
Transport sur ce compte des intérêts des capitaux		5021.29
1. Différence de cours fr. 15. — et et fractions d'intérêts à notre charge.....		91.90
2. Droits de dépôts, provisions d'encaissement et commissions		96.20
3. Affranchissements et taxes postales		85.50
4. Frais d'impressions, etc.....		135.65
5. Frais d'administration		300.—
6. Secours à 23 veuves de collègues et leurs enfants en 99 paiements par la caisse de secours ...	8995.45	
Et de la fondation Burckhardt-Baader, sa part d'intérêts de 1905	944.55	9940.—
Solde à nouveau.....		2579.25
Total des dépenses		33159.79

Digitized by Google

Les recettes effectives sont :

Dons des médecins pour la Caisse de secours....	7271.90	
Contributions diverses pour la caisse de secours.	3647.20	
Dons des médecins pour la fondation Burckhardt-Baader.....	630.—	
Intérêts des capitaux.....	5021.29	
Différences de cours en notre faveur.....	354.—	
		16924.39

Les dépenses effectives sont :

Les nos 1 à 6 comme ci-dessus		10649.25
Ainsi : Excédent de recettes, égal à l'augmentation du capital		6275.14
Dont part d'augmentation de fortune de la Caisse de secours	5645.14	
et de la fondation Burckhardt-Baader	630.—	
	6275.14	

BILAN

	Caisse	Fond. B. B.
Etat de la fortune au 31 décembre 1904.....	110576.22	25187.90
Augmentation 1905	5645.14	630.—
Etat de la fortune au 31 décembre 1905.....	116221.36	25817.90
Ou fond sans destination spéciale (Caisse de secours).....		116221.36
Et de la fondation Burckhardt-Baader		25817.90
Ces sommes se compose :		142039.26
Compte d'intérêts à la banque de Bâle au 31 décembre 1905.....	4460.01	
126 titres déposés à la Banque de Bâle.....	135000.—	
Solde en espèces	2579.25	
Fortune totale au 31 décembre 1905.....	142039.26	

Année		RECETTES Cotis. d. méd. Fr. Ct.	Divers. Fr. Ct.	Legs. Fr. Ct.	SECOURS Sommes Fr. Ct.	Etat de la caisse à la fin de l'année Fr. Ct.	Augment. de la fortune Fr. Ct.
1er Quinquennium	1883-1887	32445.—	900.—	5500.—	4095.—	36551.94	36551.94
2me »	1888-1892	37108.50	1405.60	6300.—	19033.70	70850.81	34298.87
3me »	1893-1897	34778.—	2183.95	8550.—	33150.—	96493.—	25642.19
4me »	1898-1902	32067.05	2753.45	14483.85	39525.—	122917.33	26424.33
L'année	1903	8160.—	1470.—	1600.—	8657.—	129473.42	6556.09
»	1904	7565.—	623.70	3650.—	9940.—	135764.12	6290.70
»	1905	7551.90	2197.20	1700.—	9940.—	142039.26	6275.14
		159775.45	11533.90	41783.85	124340.70		142039.26
		Fr. 213093.20					

Digitized by Google

CANTONS	Nombre des méd. patent. en 1905	Cotisations 1905. Caisse de secours	Fondation B. B.	Ensemble.	TOTAUX depuis 1883.
		Fr. Ct.	Fr. Ct.	Fr. Ct.	Fr. Ct.
Appenzell.....	32	112.—	50.—	162.—	3282.—
Argovie.....	108	420.—	.....	420.—	7742.—
Bâle-Ville.....	132	820.—	.....	840.—	19715.—
Bâle-Campagne.	32	120.—	.....	120.—	2193.—
Berne.....	325	1040.—	25.—	1065.—	23831.—
Fribourg.....	46	50.—	.....	50.—	1420.—
Saint-Gall.....	159	500.—	10.—	510.—	13887.—
Glaris.....	25	40.—	.....	40.—	1820.—
Genève.....	210	620.40	25.—	645.40	7063.40
Grisons.....	119	375.—	.....	375.—	6867.—
Lucerne.....	107	245.—	.....	245.—	5928.—
Neuchâtel.....	93	180.—	.....	180.—	4578.—
Schaffhouse....	28	35,—	.....	35.—	1420.—
Schwytz.....	30	92.50	....	92.50	1392.50
Soleure.....	39	145.—	.....	145.—	4965.—
Tessin.....	92	112.—	250.—	362.—	3371.—
Thurgovie.....	67	360.—	.....	360.—	8604.50
Unterwalden...	23	20.—	.....	20.—	335.—
Uri.....	6	5...	.....	5...	165.—
Valais.....	38	.....	.....	.....	195.—
Vaud.....	218	620.—	.....	620.—	10060.—
Zoug.....	19	150.—	.....	150.—	1455.—
Zurich.....	354	1210.—	20.—	1230.—	29486.05
Divers.....	...	3647.20	250.—	3897.20	53317.75
	2302	10919.10	630.—	11549.10	213093.20

A savoir : Totaux de la Caisse de secours..... 187,275.30
» » fondation Burckhardt-Baader 25,817.90
213,093.20

Le Caissier : Dr P. von der Mühll.

Bâle, le 22 février 1906.

A M. le Prof. de Cérenville.

Très honoré Monsieur,

La Commission médicale suisse a chargé les soussignés de vérifier les comptes de la Caisse de secours des médecins suisses et de la Fondation Burckhardt-Baader, arrêtés au 31 décembre 1905. Dans ce but toutes les rubriques de ces comptes ont été comparées avec les quittances et trouvées dans un ordre parfait ; il en est de même de l'état des titres mentionnés dans les comptes et qui concorde exactement avec le certificat de dépôts de la banque. Nous proposons donc que les comptes de 1905 soient approuvés et que les meilleurs remerciements soient adressés au caissier, M. le Dr Paul Von der Mühll ; nous exprimons en outre l'espoir que la

Digitized by Google

Caisse, vigoureusement et constamment soutenue par les médecins suisses, puisse remplir d'une façon toujours plus active son œuvre bienfaisante contre la misère.

Agréez nos respectueuses salutations.

Prof. Fritz Buckhardt, Dr A. Hoffmann-Paravicini, Rud. Iselin.

Caisse de secours des médecins suisses. — Dons reçus en Février 1906.

Bâle-Campagne. — Drs J. Thommen, fr. 10; A. Wannier jun., fr. 15, (25).
Berne. — Drs Murset, fr. 10; E. Wagner, fr. 10; König, fr. 10; von Wyss, fr. 10, (40+190=230).
S-Gall -- Drs Anonyme, fr. 50; Schiller, fr. 50, (100+60=160).
Genève. — Drs Dupraz, fr. 10; Société médicale de Genève par M. le Dr A. Roux, fr. 50 (60+30=90).
Schwyz. — Dr Eberle, fr. 20, (20+10=30).
Thurgovie. — Dr M. Haffter, fr. 10, (10+100=10).
Vaud. — Drs F. Schärer, fr. 10; de Cérenville, prof. fr. 50; A. Vogelsang, fr. 10, (70+100=170).
Zoug. — Dr Arnold, fr. 10, (10+20=30).
Zurich. — Drs E. Walter, fr. 10; Meier, fr. 10; Hæberlin, fr. 25; (45+155=200).

Ensemble, fr. 380; dons de janvier 1906 fr. 1020. Total fr. 1400.

Bâle, 2 Mars 1906. *Le Caissier :* Dr P. Von der Mühll
Aeschengraben, 20

OVRAGES REÇUS. — H. Schlesinger, prof. à Vienne. — Die Coxa vara und ihre Beziehungen zu inneren Krankheiten, 122 p. in 8° avec 6 fig., extr. des *Grenzgebiete der Med. und Chir.*, 1904.

X. Bericht über den Schweizerischen Zentralverein vom roten Kreuz für das Jahr 1904, broch. in-8° de 64 p., Berne 1905.

H. Guilleminot. — Guide pour l'emploi de l'électricité en médecine. Principales applications de l'électrothérapie et de la radiothérapie; un vol. pt in-16 de 68 p. Paris 1906, Steinheil.

Prof. L. de Schroetter. — Hygiène des poumons; traduit par le Dr *Baradat*, avec une préface du Dr Huchard, un vol. in-16 de 158 p. Paris 1906, J.-B. Baillière et fils.

L'œuvre médico-chirurgical. N° 40, Ch. Achard. Le rôle du sel en thérapeutique, broch. in-8° de 34 p. avec 2 fig. — N° 42, H. Meige, Tics, broch. in-8° de 39 p. — N° 43. L. Nattan-Larrier. Diagnostic de la tuberculose par les nouveaux procédés de laboratoire, broch. in-8° de 33 p. — N° 44. Proust, Traitement de l'hypertrophie prostatique par la prostatectomie, broch. in-8° de 38 p. avec 21 fig. — Ch. Porcher. De la lactosurie. Etudes urologiques de médecine comparée sur les états de grossesse, de puerpéralité et de lactation chez la femme et les femelles domestiques, broch. in-8° de 31 p. Paris 1904 1906, Masson et Cie.

Prof. P. Poirier et A. Baumgartner. — Précis et dissection *(Collection des Précis médicaux)*; un vol. pt in-8° de 280 p. avec 169 fig. Paris 1906, Masson et Cie.

Prof. Kirmisson. — Précis de chirurgie infantile *(Collection des Précis médicaux)*; un vol. in-8° de 802 p. avec 462 fig. Paris 1906, Masson et Cie.

Rubattel. — L'alcoolisme, conférence donnée au Casino de Rolle le 16 nov. 1905, broch. pt in-8° de 54 p., ext. de la *Feuille d'avis de la Côte*, Rolle 1906. Impr. E. Graf.

H. Bocquillon Limousin. — Formulaire des médicaments nouveaux pour 1906; un vol. in-18 de 322 p. Paris 1906, J.-B. Baillière et fils.

Digitized by Google

C. de Marval. — Guide du Samaritain; manuel de pansements usuels et des premiers soins à donner en cas d'accidents et d'indispositions subites; un vol. pt in-8o de 96 p.; avec une préface du Dr F. Morin, président de la Société neuchâteloise de la Croix-rouge; 5 pl. en couleur et 53 fig., Neuchâtel, Attinger frères.

H. Carrière. — La tuberculose et l'armement anti-tuberculeux en Suisse. Rapport présenté au Congrès international de la tuberculose de Paris, au nom du *Bureau sanitaire fédéral;* broch. in-8° de 22 p. Berne 1905, impr. Scheitling, Spring et Cie.

D. Zezas (Lausanne). — Ueber syringomyelische Schultergelenkverrenkungen; 14 p. in-8°, extr. du *D. Zeitschr. f. Chir.* 1905, B. LXXX. — Ueber Gelenkerkrangungen bei Blutern; 6 p. in-8°; ext. des *Fortschr. der Med.*, 1905, no 11. — Ueber luetische Arthropathien; 7 p. in-8; ext. des *Fortschr. der Med.*, 1905, no 26.

E. Sommer (Winterthur). — Die Röntgenstrahlen auf dem I. Berliner Kongress; 19 p. in-8°; ext. de la *Wien. klin. Rundschau*, 1905, nos 35, 37 et 38. — Ueber Regenerienung von Röntgenröhren; 11 p. gr. in-8o avec 7 fig., ext. des *Physik.-med. Monatshefte*, mars 1905.

Suarez de Mendoza. — Diagnostic et traitement des végétations adénoïdes; étude sur la nécessité d'une intervention radicale et opportune et des funestes conséquences de cette affection abandonnée à elle-même; un vol. gr. in-8o de 212 p. avec une préface du prof. Duplay et 30 fig.; Paris 1906, J.-B. Baillière et fils.

E. Albert-Weil. — Manuel d'électrothérapie et d'électrodiagnostic; 2me édition entièrement refondue; un vol. in-16 de la *Collection médicale*, de 351 p. avec 88 fig. Préface du prof. Gilbert; Paris 1906, Alcan.

P. Ferrier. — La guérison de la tuberculose basée sur l'étude des cas de guérison spontanée; traitement et prophylaxie; un vol. pt in-8o de 184 p., Paris 1906, Vigot frère.

L. Penières, prof. à Toulouse. — Le rhumatisme; pathogénie et traitement; broch. in-8o de 29 p.; Paris, O. Doin.

Dr A. Sperling. — Gesundheit und Lebensglück. Aertzlicher Ratgeber für Gesunde und Kranke; un vol. in-8° de 762 p. avec 374 fig. et 4 pl. en couleur; Berlin 1904, von Ullstein et Co.

M. Jouaust. — Les traitements des entérites; un vol. in-16 de 96 p. *Actualités médicales*, Paris 1906, J.-B. Baillière et fils.

Annales de la Société suisse de Balnéologie; Heft 1, rédigées par le Dr H. Keller; un vol. in-8° de 160 p. avec tracés et une pl. en couleur; Bâle 1905, H. R. Sauerländer et Co.

A. Meyer. — Spina bifida occulta (aus Kinderspital zu Basel), broch. in-8° de 43 p. *Th. de Bâle* 1906.

A. Yvert. — Les applications médico-chirurgicales de l'adrénaline; un vol. in-18 de 329 p., Paris 1906, F. Alcan.

E.-B. Leroy. — Le langage; essai sur la psychologie normale et pathologique de cette fonction. Les signes et les différentes espèces de langage. La perception du langage. L'émission du langage. L'hallucination verbale; un vol. in-8° de 293 p. *Bibliothèque de philosophie contemporaine.* Paris 1905, F. Alcan.

F. Le Dantec. — Introduction à la pathologie générale; un vol. gr. in-8o de 504 p., Paris 1906, F. Alcan.

M. Roch. — De la mort inopinée chez les pleurétiques. Mort subite et mort rapide, 20 p. in-8°, extr. de la *Semaine médicale*, 2 août 1905. — Des crises épileptiformes d'origine pleurale; broch. in-8° de 73 p., extr. de la *Rev. de méd.*, nov. et déc. 1905.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE, 18 PÉLISSERIE, GENÈVE

Digitized by Google

XXVIme ANNEE. — N° 4. 20 AVRIL 1906.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les dangers de l'acide phénique

par le Dr Alfred VEYRASSAT
Chef de clinique chirurgicale à l'Université de Genève

et Paul RYCHNER
Premier assistant de la Policlinique chirurgicale de Genève.

Tout a été dit sur les dangers de l'acide phénique. Les mémoires parus sur cette question sont innombrables et de tous pays. Ils attestent d'une manière unanime que cet antiseptique est souvent plus nuisible qu'utile. Leur liste est si longue (voir l'Index bibliographique) que nous ne pouvons tous les citer. Bornons nous à mentionner les principaux d'entr'eux : ceux de Tillaux (1871), de Billroth (1871-1876), de Poncet (1872), la thèse d'agrégation de Brun (1886), les thèses de doctorat de Blusson (Paris 1884), de Chevassus (Paris 1881), d'Inglessi (Paris 1879), l'étude d'Harrington (1900) et la note toute récente et si complète que M. Gaston Cotte, interne des hôpitaux de Lyon, vient de publier sur les gangrènes phéniquées. Nous tenons à rappeler aussi que dans un article paru dans la *Revue médicale de la Suisse romande* en 1886, le Dr Léon Gautier attirait l'attention sur les « petits méfaits de l'acide phénique ».

Cependant, si opportun qu'ait été cet avertissement et malgré les cris d'alarme jetés par les maîtres mêmes de la chirurgie, les accidents sont toujours fréquents. Il ne parait pas que les conséquences, parfois désastreuses, résultant de l'emploi intempestif du phénol pour le traitement des plaies, aient empêché cet antiseptique d'être très répandu.

S'il est notoire qu'il est banni des cliniques par la plupart des chirurgiens, il n'en reste pas moins en dehors d'elles d'un usage courant et loin d'être tombé dans le discrédit où il devrait

Digitized by Google

être plongé, il continue à jouir d'une faveur qui nous étonne et dont nous déplorons les effets. Telle est du moins la constatation que nous ne faisons que trop souvent à la Policlinique dans le service de M. le prof. Auguste Reverdin.

On se sert encore à Genève de l'acide phénique à tort et à travers. C'est pourquoi nous estimons qu'il ne serait pas superflu de montrer une fois de plus, combien cette substance est dangereuse et à quel point il devient nécessaire d'en restreindre la vente et d'en limiter l'emploi à des cas d'ailleurs rares et bien déterminés.

Persuadés de son efficacité comme désinfectant, beaucoup de pharmaciens en débitent, même sans ordonnance, et l'appliquent en pansements sur toute espèce de lésions. Nous ne saurions leur en faire un reproche, car la pharmacopée helvétique les y autorise dans une certaine mesure, puisqu'elle comporte, en fait de phénol, non pas seulement des solutions faibles, mais même la solution forte à 50 ‰.

Si au moins l'acide phénique était resté dans le domaine purement médical, peut être les accidents seraient-ils plus rares, mais c'est un antiseptique populaire et par là il devient plus redoutable. C'est lui qui symbolise en quelque sorte dans l'esprit des profanes l'idée de désinfection. Aussi le trouve-t-on partout. Il a une place d'honneur dans les pharmacies de poche. Pour peu qu'il ait des notions d'hygiène, l'ouvrier, dès qu'il se fait la moindre blessure, va acheter chez le droguiste ou chez le pharmacien l'indispensable solution phéniquée. Tant il est vrai que pour bien des gens, désinfecter une plaie, c'est y mettre de l'acide phénique.

Il y a mieux encore, l'acide phénique est un antiseptique quasi-officiel. Nous n'en voulons pour preuve qu'il existe dans toutes les boîtes de secours, dans tous les postes de police où il nous est arrivé de trouver des fioles pleines d'acide phénique concentré. Dans quelques écoles les maîtresses en sont munies pour pouvoir donner les premiers soins à leurs élèves. Il était naguère l'antiseptique militaire; il était d'ordonnance dans toutes les caisses d'ambulance. Il parait cependant, d'après des renseignements dignes de foi, qu'une sage mesure a été prise l'année dernière : on l'a supprimé; c'est très bien.

Que les profanes se servent d'acide phénique dans la tranquille inconscience des risques auxquels ils s'exposent, cela n'a rien de surprenant. Les réclames immodérées qu'on a faites lors de

Digitized by Google

l'avènement du phénol y sont pour quelque chose, mais il est des praticiens qui lui restent obstinément fidèles et continuent à lui vouer une préférence exclusive, qu'ils chercheront à justifier en invoquant, à l'appui de leur manière de voir, des autorités scientifiques indiscutées.

Le succès remarquable de l'acide phénique, en effet, s'explique bien mieux par la valeur de ceux qui l'ont prôné que par les cures qu'il a à son actif. Ce succès s'explique aussi par les propriétés anesthésiques très particulières que possède cet antiseptique ; nous en reparlerons plus loin.

C'est en 1860 que Jules Lemaire propose pour la première fois l'acide phénique pour le traitement des plaies. Cet emploi d'abord restreint ne tarde pas à devenir général après les publications de la méthode Lister, les travaux de Lucas Championnière, les articles de J. Boeckel, de P. Aubert, de Poinsot, de T. Panas qui le vulgarisèrent. Aussi est-il rapidement adopté. L'enthousiasme, qui salua l'apparition de ce microbicide fut malheureusement trop vif pour que les réserves déjà formulées par Lemaire et par Lister fussent entendues. Des réclames intempestives s'en mêlèrent et, comme le fait remarquer Poncet, l'acide phénique passa rapidement dans le domaine public, où il n'aurait jamais dû entrer.

En outre l'impulsion donnée au début se continua par le fait qu'à côté des mémoires considérables relatant les cas d'intoxication toujours plus nombreux, il se publiait des articles où l'on célébrait les bienfaits de l'acide phénique pour telle ou telle affection. C'est ainsi, par exemple, que Verneuil conseille les pulvérisations et les enveloppements humides phéniqués contre les anthrax et les furoncles.

Si l'on se contente du spray et qu'on l'applique seulement sur les points enflammés, en protégeant bien les parties voisines avec des compresses, cette méthode peut donner de bons résultats pour deux raisons : d'abord l'acide phénique, grâce à ses propriétés anesthésiques, calme assez bien la souffrance, en second lieu, par son action caustique, il produit une escharre, et favorise ainsi l'élimination des bourbillons, mais appliquer après la séance de pulvérisation un pansement phéniqué humide, recouvert de taffetas gommé, comme le recommande Verneuil, c'est s'exposer à provoquer des érythèmes toxiques, des éruptions vésiculeuses souvent fort étendues et très pénibles.

Les faits que nous rapportons plus loin démontrent d'une façon

Digitized by Google

péremptoire que le pansement phéniqué humide auquel s'ajoute encore l'influence de la compression des tours de bande, présente des inconvénients trop sérieux pour qu'ils puissent être compensés par des avantages déjà discutables. C'est pour ce motif également que nous ne pouvons souscrire aux conclusions de Gilles de la Tourette qui considère le spray et les enveloppements phéniqués comme de merveilleux topiques pour les grands ulcères de jambe [1].

Nous rapportons plus loin une observation d'ulcère variqueux traité par ce procédé. Elle fera réfléchir ceux qui seraient tentés de suivre la méthode de Gilles de la Tourette.

Lucas Championnière, en 1904, dans son traité des Hernies recommande expressément pour toute kélotomie de désinfecter le contenu du sac avec une solution antiseptique puissante et il ajoute : « J'emploie toujours pour cela la solution phéniquée à cinq pour cent et bien chaude. » Ainsi, dans la hernie étranglée le contenu du sac, [que ce soit par exemple, une anse intestinale plus ou moins stupéfiée, en imminence de gangrène,] sera lavé avec de l'acide phénique à 5 °/₀.

Nous nous plaisons à rendre hommage à la science d'un maître comme Lucas Championnière, mais si respectueux soyons-nous, nous pensons que sur ce point, Lucas Championnière s'est insuffisamment expliqué. Son procédé en pareille occurrence nous déconcerte d'autant plus que, tout en ayant été des premiers à vulgariser la méthode listérienne, il a été aussi des premiers à signaler et à maintes reprises les accidents d'intoxication carbolique. Ceux qui traitent l'anse intestinale comme il l'indique ne doivent-ils pas souvent terminer l'intervention par la résection et par l'entéro-anastomose ?

Bien d'autres encore vantent l'acide phénique, l'un en badigeonnages, l'autre en injections sous-cutanées ; il en est même qui le prescrivent à l'intérieur, soit par la bouche, soit en lavements.

Nous ne pouvons discuter ici ces divers emplois de l'acide phénique ni nous occuper des cas de mélanurie et d'intoxication générale si fréquents autrefois. L'époque des urines noires et des collapsus carboliques est heureusement passée.

Rappelons cependant que les très jeunes enfants présentent à l'action du phénol une susceptibilité toute spéciale et qu'il en

[1] *Revue de chirurgie*, 1886, p. 575. — Voir à ce sujet : Veyrassat. De l'emploi de la solution physiologique chaude dans le traitement des ulcères, *Revue médicale de la Suisse romande*, XXV, n° 6, 20 juin 1905.

Digitized by Google

est qui sont morts pour avoir eu simplement des compresses phéniquées sur la peau, absolument intacte d'ailleurs (Nüsbaum).

Ce que nous voulons retenir surtout, ce sont les cas d'intoxication locale, les cas de gangrène phéniquée, ceux que notre situation à la Policlinique de Genève nous met à même d'observer, ceux aussi que nous voudrions voir disparaître.

Peut-être en les publiant réussirons-nous à mettre en garde contre l'acide phénique ceux qui s'en servent encore et le considèrent comme la panacée de l'infection; c'est du moins dans cette espérance que nous rapportons les observations suivantes:

Obs. I. — *Gangrène phéniquée, perte de deux phalanges.*

Le 17 novembre 1903, on nous amène un garçonnet de 5 ans qui s'était laissé pincer les deux dernières phalanges de l'index dans une porte. Sitôt après l'accident, on l'avait conduit dans une pharmacie voisine où l'on s'empressa de lui laver le doigt dans une solution phéniquée, dont nous ignorons le titre, et de lui appliquer des compresses également phéniquées.

Deux heures après environ, nous enlevons ce pansement, qui était assez serré, à la Policlinique, mais il était trop tard. Les deux phalanges qui, simplement meurtries, auraient sans doute pu vivre et reprendre avec une solution chaude stimulante, étaient déjà blanches à la surface. Deux jours après la peau tombait et ces deux segments étaient complètement frappés de gangrène.

Pour complaire au père de ce petit blessé, nous avons différé pendant plusieurs jours l'amputation à laquelle la momification des parties molles nous obligea de recourir. Nous avons la conviction que ce doigt aurait été conservé sans ce pansement aussi intempestif que néfaste.

Obs. II. — *Ulcère variqueux traité par l'acide phénique.* (Dr Veyrassat.)

Mme Jeanne L. agée de 45 ans, française, charcutière, vient le 23 mai 1904 me consulter pour un ulcère de jambe dont elle souffre depuis deux ans et pour lequel elle a essayé divers traitements sans résultat appréciable. Il y a deux jours, le 21 mai, lasse des pommades qui n'empêchaient pas son ulcère de s'agrandir et de lui causer des douleurs intolérables, elle s'adressa à un pharmacien qui lui assura qu'elle retirerait grand bien d'un pansement antiseptique fait avec une solution phéniquée. Elle se laissa appliquer séance tenante, un pansement de ce genre et fit l'acquisition, pour pouvoir continuer le traitement chez elle, d'un litre de solution phéniquée à 2,5 °/₀. Le soir ses douleurs avaient disparu comme par enchantement et la malade de se féliciter et de son pharmacien et de son merveilleux remède. Mais le lendemain, bien que les douleurs n'eussent pas reparu, la joie de la veille fit place à quelque appréhension. La malade, en effet, ayant enlevé son pansement, s'aperçut que son ulcère avait pris

Digitized by Google

un aspect singulier. Il était entouré d'une zone blanchâtre qui paraissait l'agrandir.

Prise d'inquiétude elle vient me demander mon avis sur l'opportunité de continuer son traitement. Il était temps ! Je constate sur la face antéro-interne de la jambe un ulcère circulaire, du diamètre d'une pièce de 5 fr., entouré par une auréole grisâtre se prolongeant assez irrégulièrement à la périphérie et se confondant dans son centre plus ou moins avec le fond gris rosé de l'ulcère.

Au bout de trois jours l'escharre s'élimine, laissant à sa place une perte de substance irrégulière mesurant dix centimètres dans le sens vertical et sept dans le sens horizontal.

Les douleurs reparurent et ne furent atténuées que par des irrigations d'eau salée très chaude. Ce n'est qu'après quatre mois de repos et d'irrigations chaudes que l'on parvint à cicatriser cet ulcère. Inutile de demander à cette malade ce qu'elle pense de l'acide phénique, même en solution dite faible.

Obs. III. — *Gangrène phéniquée du pouce.*

Le 13 février 1903, une fillette de 12 ans se présente à la Policlinique. Elle raconte que s'étant piqué le pouce avec une pointe de couteau, elle avait cru bien faire en désinfectant sa plaie et qu'à cet effet elle avait trempé son doigt dans une solution phéniquée, *ainsi qu'on le lui avait enseigné à l'école.* Non contente de ce bain, elle s'appliqua une compresse imbibée d'acide phénique à 2 %, qu'elle dut enlever presque aussitôt à cause d'une sensation de fourmillement et de froid qui ne laissait pas de l'inquiéter. Elle remarqua donc que son pouce était tout blanc et absolument insensible. C'est ainsi qu'elle nous conte sa mésaventure.

Nous constatons en effet une escharre phéniquée de tout le doigt dont la sensibilité a entièrement disparu.

Nous essayons un traitement à l'eau chaude alcalinisée avec du bicarbonate de soude, mais ceci n'empêcha pas qu'au bout de quelques jours les téguments du pouce, depuis sa racine jusqu'à son extrémité, tombèrent complètement, laissant à nu une surface cruentée où il n'y avait plus aucune parcelle de derme sauf près de l'ongle.

Nous parvinmes avec des greffes et des lotions quotiennes à l'eau salée très chaude à épidermiser ce doigt. La cicatrisation ne fut complète qu'après trois mois de soins; encore subsiste-t-il une ankylose de l'articulation phalangophalanginienne qui gêne beaucoup cette innocente victime de l'acide phénique.

Obs. IV (Gaston Cotte, interne des hôpitaux de Lyon, *Lyon médical*, 4 juin 1905, p. 1233.) — *Gangrène phéniquée du médius.*

Jeune fille de 18 ans qui ayant une coupure du médius droit, crut bien faire en appliquant sur cette petite plaie un pansement humide à l'acide phénique. Elle prit donc de l'acide phénique pur qu'un pharmacien avait délivré quelque temps anparavant pour désinfecter un appartement et en

Digitized by Google

ayant imbibé une compresse de toile, elle appliqua ce pansement sur le doigt blessé. Elle eut heureusement l'idée de le recouvrir d'uu morceau de toile sèche qui protégea les parties voisines contre l'action du caustique.

Cette application ne fut à aucun moment douloureuse ; la malade garda donc toute la nuit ce pansement.

Le lendemain matin elle fut frappée de l'insensibilité de son doigt qui lui paraissait « mort ». Elle constata que les téguments avaient une teinte jaune, cornée, mais, ne ressentant aucune douleur, elle ne se préoccupa aucunement de ces phénomènes et continua à faire son service de domestique.

Quatre à cinq jours après, la malade étonnée de la teinte noire que que prenait l'extrémité du médius droit, consulta un médecin qui reconnut l'existence d'une gangrène phéniquée et qui fit des réserves sur l'étendue des lésions en profondeur. Neuf jours après l'application de l'acide phénique, l'extrémité du doigt était complètement momifiée : l'ongle se détacha de son alvéole et tomba laissant au dessous de lui une surface complètement nécrosée.

Actuellement on constate sur le médius droit l'existence d'une gangrène, occupant la phalangine et la moitié de la phalangette. A l'extrémité du doigt les tissus sont complètement momifiés ; du côté de la racine du membre, la momification est moins avancée, mais il existe déjà un sillon d'élimination assez accusé entre le mort et le vif. Au-dessus du sillon les téguments ont une sensibilité normale. Le malade ne présente pas d'anesthésie douloureuse. Les parties voisines qui ont été en contact avec le caustique n'ont été que peu touchées ; l'action de l'acide phénique n'a pas dépassé les limites de l'épiderme qui est encore en état de desquamation.

Obs. V. — *Gangrène phéniquée de l'index. Amputation.*

Le 1er décembre 1905 se présente à la Policlinique de Genève un ouvrier, qui, la veille en travaillant, s'était piqué avec du verre l'extrémité de l'index droit. S'étant soigneusement lavé et craignant que sa piqûre ne s'envenimât, il crut bien faire en appliquant le soir chez lui une compresse phéniquée à 25 °/₀₀ qu'il garda toute la nuit. Il ne sentit aucune douleur, mais le lendemain il s'aperçut que son doigt avait pris une teinte bizarre et qu'il était insensible.

En effet l'index droit présente une teinte blanc verdâtre depuis son extrémité jusque vers le milieu de la première phalange. Il est, en outre, un peu gonflé et insensible à tous les contacts, à la piqûre, à la chaleur comme au froid. Au milieu de la première phalange on voit un liseré un un peu rouge démarquant la zone blanche. La moitié supérieure de la phalange est saine.

Recherchant jusqu'à quelle profondeur s'étendait la lésion, nous piquons ce doigt, nous le scarifions légèrement. Il sort un peu de sang et comme la chaleur locale persiste encore nous espérons qu'il n'y aura qu'une gan-

Digitized by Google

grène superficielle, tout en faisant cependant par devant l'intéressé quelques réserves.

Le malade très inquiet demande qu'on cherche à tout prix à lui conserver son doigt. Nous essayons pendant plusieurs jours les irrigations chaudes alcalines, mais, au bout d'une dizaine de jours, le doigt ne change pas d'aspect. La peau se momifie, se rétracte sous les parties sous-jacentes. En outre, des phénomènes d'inflammation se produisent vers le liseré. L'iinsensibilité est si complète que nous pouvons tailler ce doigt à coups de couteau comme un crayon, enlevant des morceaux épais complètement momifiés. Aussi, dans ces conditions, toute chance de conservation étant éteinte, n'y avait-il plus qu'à proposer l'amputation qui fut faite le 12 décembre 1905.

Le 25 décembre le malade était guéri, mais mutilé.

Obs. VI. — Cette observation pourrait porter comme sous-titre : Histoire du médecin qui, s'étant fait une escharre phéniquée par accident, traite la dite escharre par des compresses phéniquées et prolonge indéfiniment la durée de sa lésion.

Un médecin réclame les soins de l'un de nous (Dr Veyrassat), pour une lésion du poignet. Il m'explique que s'apprêtant à se servir d'une solution phéniquée à 25 ‰ pour panser un de ses clients, il avait renversé par mégarde la bouteille dont une partie du contenu était tombé sur sa main. Il ne s'alarme pas autrement de ce contact qui ne lui cause sur le moment aucune sensation désagréable, mais quelques instants après il remarque une belle plaque blanche occupant toute la face dorsale de son poignet ainsi que l'extrémité inférieure de l'avant-bras et la moitié de la main. Cette lésion ne tarde pas à devenir franchement ulcéreuse en même temps que plus cuisante.

Il nous présente donc une ulcération mesurant environ 7 à 8 cm. dans le sens vertical et 5 à 6 dans le sens transversal, profonde au niveau de l'interligne, plus superficielle vers les bords où le derme est intact.

Bien qu'ayant institué un traitement à l'eau salée, nous nous étonnons après quelques jours de voir cette lésion presque toujours au même point et quelle n'est pas notre surprise de sentir que les pièces de pansement exhalaient une odeur caractéristique d'acide phénique. Le médecin n'avait-il pas confiance dans les simples lavages et pensait-il qu'il valait mieux les corser avec du phénol? Ce qui est certain, c'est qu'il nous avoua qu'il pansait tous les jours sa lésion avec des compresses phéniquées. Aussi la guérison tarda-t-elle et ne fut-elle obtenue qu'après un mois.

La superbe cicatrice qu'il porte au poignet lui sera, il faut l'espérer, d'un utile enseignement.

Obs. VII. — *Phlegmon. Gangrène phéniquée des téguments de la main et du poignet. Amputation de l'avant-bras.*

Jules C., âgé de 70 ans, savoyard, vient à la consultation de la Policlinique le 3 mai 1904, pour un phlegmon dont il souffre depuis une dizaine

Digitized by Google

de jours. Il a, dit-il, essayé plusieurs traitements sans aucun succès. Il a même consulté un médécin qui crut bien faire en lui conseillant de remplacer les pommades et les feuilles de choux dont il couvrait son mal, par des bains phéniqués et des applications humides phéniquées. Il s'empressa d'exécuter cette prescription et se munit à cet effet d'une solution phéniquée dont il ne peut préciser le titre, mais qu'il diluait toutefois, avant de s'en servir, dans un litre d'eau, ainsi que le médecin l'avait recommandé. Sous l'influence de ce bain et de ces pansements humides les douleurs s'atténuèrent notablement. Aussi ce traitement fut-il continué avec ardeur. Cependant, deux jours après, bien que la souffrance eût diminué, le malade trouva que sa main et son poignet prenaient un aspect singulier et pris de crainte il s'en fut à Genève nous demander conseil.

C'est un vieillard robuste, vert encore, qui a toujours joui d'une excellente santé. La peau de la main entière, du poignet jusqu'à 5 ou 6 cm. au-dessus de l'interligne, a une teinte blanc grisâtre. Sur plusieurs points elle tend à se décoller en masse. Elle est absolument insensible. Un phlegmon occupe la région palmaire et a déjà infiltré les gaines tendineuses du poignet.

Nous pratiquons plusieurs incisions sans que le malade ressente aucune souffrance, tout en faisant les plus extrêmes réserves sur le sort des téguments qui paraissent frappés de sphacèle. Au bout de deux ou trois jours ils se détachent en effet en grands lambeaux et tombent, laissant par endroits les tendons fléchisseurs à nu. Les doigts sont complètement inertes. Nous renonçons à continuer un traitement illusoire et nous demandons l'avis de M. le prof. Auguste Reverdin qui, jugeant la main et le poignet irrémédiablement perdus, décide l'amputation. Celle-ci est pratiquée le 7 mai 1904, au milieu de l'avant-bras.

Le malade, après trois semaines de soins, quitte Genève guéri, mais avec un membre mutilé.

Il est hors de doute que les choses ne se seraient pas passées ainsi sans l'intervention néfaste de l'acide phénique. Quelque diffus qu'ait été ce phlegmon, il aurait pu guérir sans qu'il soit nécessaire d'amputer.

Ce qui nous rend si affirmatif, c'est que par une curieuse coïncidence, tandis que ce malade était en traitement à la Policlinique, il s'en présenta un autre de même âge que lui, ayant aussi un phlegmon de la main gauche. Ce malade avait même une inflammation plus étendue occupant déjà toute la partie inférieure de l'avant-bras. A part une très légère limitation des mouvements du poignet, il a bien guéri, avec six incisions répartis sur la main et sur l'avant-bras, un bon drainage et des lavages faits avec de l'eau très chaude.

Digitized by Google

Ces deux cas sont comparables. Ils concernent des vieillards, des paysans, l'un du Chable, l'autre de Frangy, atteints tous deux de phelgmon diffus de la même main. Le parallélisme est frappant, mais tandis que l'un, celui qui a traité par l'acide phénique, à dû subir l'amputation de la main, l'autre actuellement a une main et des doigts qui fonctionnent d'une manière satisfaisante.

Ces observations, dont nous pourrions allonger la liste, si nous ne les jugions suffisantes pour édifier les adeptes de l'acide phénique, nous permettent de confirmer plusieurs points déjà mis en évidence par les auteurs qui se sont occupés de cette question.

D'abord, c'est que le titre de la solution n'a pas d'importance La solution à 25 °/₀₀, celle qu'on est convenu d'appeler solution faible, provoque des gangrènes tout aussi bien, si ce n'est mieux, que la solution forte. Leval, cité par Cotte, prétend même que l'action de l'acide phénique pur serait moins redoutable que celle des solutions faibles. Il se produirait, dans ce cas, un épaississement des téguments qui empêcherait la pénétration de l'acide dans les tissus sous-jacents.

Harrington insiste également sur ce point dans un travail récent[1] où il a réuni 130 faits de gangrène phéniquée.

En second lieu le pansement humide qui entretient le contact permanent avec la peau est beaucoup plus dangereux que la simple immersion. La gangrène se produit d'autant plus facilement et avec d'autant plus de rapidité que les tours de bande qui maintiennent le pansement sont plus serrés.

La compression du pansement favorise la pénétration, l'imprégnation des tissus par le phénol et surtout gêne la circulation.

La gangrène phéniquée peut se produire sur des tissus parfaitement sains s'ils sont soumis suffisamment longtemps à l'influence carbolique. Elle est remarquable par son insidiosité parce qu'elle est indolore. Ce n'est en effet qu'en enlevant leurs pansements que les malades remarquent la coloration spéciale que prennent leurs téguments et qu'ils commencent à soupçonner un phénomène anormal.

La gangrène est fatale, toutes les fois qu'on applique de l'acide phénique sur des tissus meurtris, sur des plaies contuses,

[1] Carbolic Gangrene. *American Journal of the med. Sciences*, juillet 1900.

Digitized by Google

sur des ulcères, bref, sur des points où, pour une cause ou pour une autre, la circulation est ralentie et momentanément compromise. Que de phalanges écrasées, que de doigts pincés, d'extrémités digitales à moitié détachées ont été irrémédiablement perdus pour avoir été pansés à l'acide phénique, alors qu'une bonne irrigation prolongée, faite avec de l'eau salée très chaude aurait suffi pour les conserver !

Panser un doigt avec de l'acide phénique, c'est vouloir l'amputer. N'oublions pas qu'Ollier en 1872, frappé des effets caustiques de cette substance, avait eu l'idée de s'en servir, non plus pour faire des pansements, mais bien pour amputer les doigts sans douleur. Il pensait qu'on pourrait remplacer le bistouri par une immersion du segment à enlever dans une solution d'acide phénique. Il avait fait faire à ce sujet des expériences sur des animaux et essaya même sur un homme qui, ayant trouvé le procédé trop long, demanda qu'on terminât au plus vite par le bistouri.

Nos observations et les considérations qui précèdent démontrent donc que l'acide phénique en pansements et en bains doit être rigoureusement proscrit. La pharmacopée helvétique devrait être révisée à ce point de vue et ne plus tolérer, pour la vente au public, que le phénol associé à la glycérine. Sous cette forme on peut s'en servir sans trop de danger, la glycérine et l'huile diminuant notablement sa causticité.

On peut encore utiliser l'acide phénique, en solution faible, pour irriter les vaginales dans l'opération radicale de l'hydrocèle, pour désinfecter une carie dentaire et pour conserver des instruments à l'abri des germes, mais, à part ces cas rares, l'acide phénique n'a plus d'indication. Dès lors, à quoi bon lui conserver une place d'honneur ? Et à l'exemple de Gautier, nous émettons ce vœu que les médecins s'appliquent à avertir les pharmaciens de l'influence nuisible du phénol et les engagent à ne plus s'en servir pour donner les premiers soins à des blessés.

Quant à ceux de nos confrères qui s'occupent de vulgariser l'art de la petite chirurgie dans différents milieux philanthropico-sanitaires, nous ne saurions trop insister auprès d'eux pour qu'ils interdisent à leurs zélés disciples l'emploi de cet antiseptique.

Que pharmaciens, samaritains, gendarmes, maîtresses d'école, contre-maîtres d'usine, garde-malades, que tous les êtres secourables et pleins de bonnes intentions envers leur prochain blessé,

Digitized by Google

se pénètrent de cette idée, que la première chose à faire en cas d'accident, c'est de ne pas faire de mal et qu'un bon lavage fait avec de l'eau bouillie, voire même légèrement oxygénée, sera bien plus utile que les pansements phéniqués les plus artistiques.

Et maintenant aux praticiens qui aiment encore à employer l'acide phénique, nous dédions, pour qu'ils le méditent, cet index bibliographique, dont les dimensions, à elles seules, constituent un éclatant réquisitoire contre le phénol :

BIBLIOGRAPHIE

Bar. Les méthodes antiseptiques en obstétrique, *Th. d'agrégation* 1883.

Barlow. Accidents produits par l'huile d'olive phéniquée dans le pansement des plaies, *British med. Journal*, 1869.

Bert. Action physiologique de l'acide phénique, *Soc. de Biol.*, 1869.

Bert et Jolyet. *Soc. de Biol.*, 1872.

Billroth. Carbolintoxication, *Chirurgische Klinik*, Wien, 1871-1876. Berlin, 1879, p. 39.

Binnendijk. Sur les propriétés toxiques de l'acide phénique, *C. R. du Congrès internat. de méd. d'Amsterdam*, 1879.

Blusson. Des accidents consécutifs à l'emploi de l'acide phénique en thérapeutique, *Th. de Paris*, 1884.

Bond. The poisining effects of carbolic acid., *Med. Times and Gaz.*, 1873, t. I, p. 247.

Brun. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1886.

Bruns, de Tubingen. Plus de spray, *Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 43, p. 609.

Busch. Empoisonnement phéniqué mortel d'origine chirurgicale, *Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 21, p. 304.

Cartaz. De la paralysie vésicale consécutive à l'usage de l'acide phénique en pansements, *Congrès de Blois*, 1884.

De Cérenville. *Bulletin de la Soc. méd. de la Suisse rom.*, 1879, p. 177.

Chevassus. De quelques accidents dus au pansement des plaies par l'acide phénique, *Th. de Paris*, 1881.

Cotte. *Presse médicale*, juillet 1905. N°. 53. *Lyon médical*, juin 1905.

Cotton. De la pulvérisation phéniquée, *Th. de Lyon*, 1881.

Dreyfous. Empoisonnement phéniqué chez les nouveau-nés, *France médicale*, 1885.

Edwards. Deux cas de carcinome utérin traités par l'acide phénique; mort, *Practitioner*, Londres, 1869, p. 324.

Falkson. Carbolurie et Carbolintoxication, *Arch. f. klin. Chir.*, 1881, t. XXVI, p. 205.

Ferrand. Empoisonnement par les phénols, *Annales d'hygiène publique et de méd. légale*, 1876, p. 289 et 498.

Digitized by Google

L. Gautier. Quelques petits méfaits de l'acide phénique, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1886, n° 4.

Gould. Acide phénique et mort après amputation de la hanche, *The Lancet*, 1879, t. I, p. 718.

Guyon. *Chirurgie clinique*, Paris, 1873.

Harrington. Carbolic Gangrene, *Amer. Journ. of the med. sciences*, juillet 1900.

Haunhorst. Ein Fall von Carbolsaeurevergiftung, *Berlin klin. Woch.*, 1879, n° 40, p. 605.

Heusgen. Considérations sur les effets de l'acide phénique, Greifswald, 1872.

Hoppe Seyler. Action physiologique de l'acide phénique, *Pflüger Arch.*, 1872, t. V, p. 470.

Hughson. Injurious effects of carbolic acid from unjudicions local applications, *Med. and surg Reports*, Philadelphia, 1872, t. XXVII, p. 492.

Inglessi. De l'empoisonnement par l'acide phénique au point de vue chirurgical, *Th. de Paris*, 1879.

Kirmisson. De la coloration noire des urines, *France médicale*, 1878, t. XXV, p. 249.

Kocher. Die antiseptische Wundbehandlung mit schwachen Chlorzinklösungen, *Volkmann Sammlung klin. Vortrage*, 1881, n°s 203-204.

Krönlein. Sur le pansement antiseptique ouvert, *Arch. f. klin. Chir.* 1875, p. 3 et 4.

Küster. *Arch. fur klin. Chir.* t. XXIII, p. 117.

Langenbuch. Intoxication phéniquée, *Berl. klin. Woch.*, 1878, t. XV, p. 412.

Le Dentu. *Bull. de la Soc. chir. de Paris*, Août 1882.

Ligtfoot. *Brit. med. Journ.*, 1870.

Lister. Oeuvres réunies, trad. du Dr C. Borginon, 1882, p. 215 et 581.

Lubrecht. Contribution à l'étude de l'empoisonnement phéniqué, Gottingen 1877.

J. Lucas-Championnière. Chirurgie antiseptique, 1880, p. 248.

Manoury. De l'intoxication par l'acide phénique, *Progrès Médical*, 1878, t. VI, p. 994.

Messerer. Urticaire généralisée à la suite du pansement de Lister, *Aertzl. Intelligenzblatt*, Munich, 1878, t. XXV, p. 393.

Mikulicz. Pulvérisation phéniquée, *Arch. für klin. Chir.*, 1880, t. XXV, p. 706.

Moloney. Deux cas d'empoisonnement par l'application externe de l'acide phénique, *Australian med. Journ.*, Melbourne, 1872.

Nicholls. Effets de l'acide phénique sur l'urine, *The Lancet*, 1873, t. I. p. 547.

Nüssbaum. Le pansement de Lister, trad. de E. de La Harpe, Paris, 1880.

Oberst. Un cas d'intoxication phéniquée aiguë, *Berl. klin. Woch.*, 1878, t. XV, p. 157.

Ogston. Intoxicatiou phéniquée, *Brit. med. Journ.*, 1871, t. I, p. 116.

Outerbridge. Intoxication phéniquée, *Med. Record*, New-York, 1873.

Digitized by Google

Ozenne. Accidents toxiques produits par injections d'acide phénique, *Soc. de med. légale de France*, 1880.

Patchett. Effets de l'acide phénique sur l'urine. *The Lancet*, 1873, t. II, p. 262.

Poncet. *Bull. gén. de thérap.*, 1872, t. LXXXIII, p. 68.

Psilander. Intoxication phéniquée, *Hygiéa*, 1882, t. XLIV.

Reyher. Sur le pansement de Lister, *Arch. f. klin. Chir.*, 1874, p. 502.

Rheinstadter. Acuter Carbolismus durch peritoneal resorption, *Deutsche med. Woch.*, 1878.

Rouge (de Lausanne) Causeries chirurgicales, 2me cahier, 1882.

Ruge. Fait d'empoisonnement phéniqué, *Berl. klin. Woch.*, 1882.

Sonnenburg. Diagnostic et traitement de l'intoxication phéniquée, *Centralbl f. Chir.*, 1878.

Thiersch. Résultats du pansement de Lister et remplacement de l'acide phénique par l'acide salicylique, *Saml. klin. Vortrage*, 1875.

Tillaux. Bull. gén. de Thérap., 1871.

Toeb. Propriétés toxiques de l'acide phénique, *Deutsche med. Woch.*, 1878.

Treub. Convulsions dans intoxication phéniquée, *Centralbl. f. Chir.*, 1881.

Ultzmann. *Wiener med. Presse*, 1878.

Wallaces. *Brit. med. Journ.*, 1870.

Weiss. Etude sur l'intoxication aigue par l'acide phénique après son emploi chirurgical, *Prag. med. Woch.*, 1878.

Weiss. Sur un cas d'empoisonnement par l'acide phénique, *Soc. de med. légale de France*, 1880.

De la rupture des varices vulvaires pendant la grossesse et l'accouchement. Hémorragie mortelle

par le Dr N. Guerdjikoff

Privat-Docent d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Genève, premier assistant à la Maternité.

Clinique obstétricale et gynécologique de l'Université de Genève

(Prof. Dr A. Jentzer).

Les ruptures des varices vulvaires et les déchirures de la région vestibulo-clitoridienne sont, à juste titre, rangées au nombre des complications les plus redoutables de la grossesse et de l'accouchement. La grande quantité de sang qui peut s'écouler, dans un temps très court, rend ces complications dangereuses et souvent mortelles. Nous avons observé, à la Maternité de Genève, deux cas de mort à la suite d'accidents de ce genre. C'est en considération de la gravité et la rareté de ces cas que notre maître, M. le Prof. A. Jentzer, nous a engagé à étudier cette question. Voici nos observations :

Digitized by Google

Obs. I. — Mme W., Caroline, âgée de 28 ans, ménagère, originaire du Wurtemberg, entrée à la Maternité le 4 janvier 1905.

Huitième grossesse ; cinq accouchements à terme, normaux, suites de couches sans accidents ; deux avortements. Dernières règles au commencement de juillet 1904, moins abondantes que d'habitude. Etat de santé, pendant la grosssesse, satisfaisant.

Le 4 janvier, à 11 h. 30 m. du matin, on nous annonce que Mme W. est atteinte, subitement, d'une forte hémorragie. A midi, nous sommes à son domicile. Une vieille voisine, accourue aux cris de la malade, nous raconte l'avoir trouvée couchée sur le plancher de la cuisine, baignant dans son sang et se trouvant à côté d'un vase de nuit brisé. La malade a pu lui expliquer que, s'étant assise sur le vase pour uriner, celui ci s'est cassé sous son poids. Elle s'est immédiatement sentie inondée de son sang et croyait s'être blessée aux parties génitales externes. Aidée par sa voisine, elle a pu se trainer jusqu'à son lit où elle s'est couchée, sans avoir la force de se déshabiller. En ce moment, l'hémorragie devait être forte, car on voyait de larges taches de sang faisant une trace ininterrompue entre le lieu de l'accident et le lit. Avertis tard, nous ne sommes arrivés, auprès de la malade, qu'une heure et demie après l'accident.

Nous avons trouvé cette malheureuse dans son lit, la face contre l'oreiller, pelotonnée, trempée littéralement dans son sang, les extrémités froides, le pouls insensible à la radiale et réagissant à peine lorsque nous nous sommes mis à la débarrasser de ses vêtements complètement ensanglantés. A l'inspection et à la palpation rapides de l'abdomen, nous avons reconnu une grossesse de huit mois environ. Les parties génitales externes étaient couvertes d'une masse de caillots sanguins et d'un amas de linges et de chiffons, de provenances diverses, au moyen desquels la malade avait vainement cherché à arrêter l'hémorragie. On ne voyait aucune plaie externe et nous avons de suite pratiqué le toucher vaginal. Le col était très mou, la portion vaginale presque effacée, le canal cervical, long de 1 cm. environ, était largement ouvert pour deux doigts. La poche des eaux, très épaisse et rugueuse, s'engageait dans le canal cervical sans, pourtant, arriver au niveau de l'orifice externe. La tête, mobile, se trouvait au détroit supérieur. En ce moment, nous n'avons point constaté de contractions utérines. L'enfant vivait encore.

La rugosité et l'épaissseur des membranes, ainsi que l'abondance de l'hémorragie à cet âge de la grossesse, nous ont fait croire, d'abord, à un placenta prævia et, vu l'extrême gravité et l'urgence du cas, nous ne nous sommes plus attardé à approfondir l'examen et nous nous sommes mis à pratiquer un tamponnement du vagin, mais, en le faisant, nous avons découvert que la source de l'hémorragie profuse n'était point ce que nous avions pensé.

Nous avons constaté, sur la face externe de la petite lèvre gauche, une varice, grosse comme une plume d'oie, affaissée, présentant une ouver-

Digitized by Google

lure d'un demi-centimètre environ, thrombosée à l'intérieur. Un peu plus en dehors, on voyait une fissure de 2 cm. de longueur, n'intéressant que la muqueuse et ne saignant point. En poursuivant l'examen, nous avons découvert une troisième blessure, celle-ci siégeant sur une grosse varice de la colonne antérieure du vagin, tout près du méat urinaire et saignant fortement. On constatait encore, sur la vulve, plusieurs varices intactes, mais très affaissées.

Le tamponnement rapide du vagin fut suivi d'un tamponnement très serré de l'entrée de ce canal et de la vulve, ce qui arrêta complètement l'hémorragie. Un grand tampon d'ouate fut encore ajouté et maintenu fortement contre la vulve, après quoi la malade fut transportée à la Maternité.

Arrivée à la clinique, son état n'avait pas changé : elle était presque sans connaissance, d'une pâleur extrême, sans trace de pouls à la radiale. L'anémie aiguë fut le premier objet de nos soins (position de Trendelenburg, injection sous-cutanée de caféine et de sérum physiologique), puis nous avons procédé au détamponnement. L'hémorragie, qui avait été complètement arrêtée, recommenca dès que la compression fut enlevée, mais les deux ouvertures des varices blessées furent facilement pincées et liées, ce qui amena une hémostase définitive. En ce moment, on n'entendait plus les bruits de cœur de l'enfant. D'ailleurs, en face de l'anémie profonde, nous rejetâmes d'emblée toute idée d'intervention obstétricale. Tous nos efforts furent dirigés contre l'anémie très prononcée et menaçante, mais, malgré une véritable lutte contre la mort, la malade succomba à 3 h. de l'après-midi, c'est-à-dire environ quatre heures et demie après l'accident.

A l'autopsie, on constata, outre les blessures ci-dessus décrites, une anémie profonde de tous les organes.

Obs. II. — Mme D., Amélie, 28 ans, originaire de la Haute-Savoie, domestique, entrée à la Maternité le 24 octobre 1905.

Seconde grossesse ; une fausse-couche de deux mois. Dernières règles : fin février. Faiblesse générale durant toute la grossesse. Taille moyenne. Conformation normale du corps. Glandes mammaires et mamelons bien développés. Les organes thoraciques et abdominaux ne présentent rien de particulier. Diamètres du bassin : ep. i = 26 ; cr. i = 29,2 ; throch. = 30 ; diam. de Baudelocque. = 19,8.

Complications : varices des jambes, très indurées par places ; quelques petites varices sur les grandes lèvres et le vestibule du vagin.

Utérus : hauteur du fond à quatre travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde ; direction longitudinale médiane ; extension moyenne ; forme globuleuse. Bruits du cœur du fœtus à gauche en avant. Tête au-dessus du détroit supérieur, mobile. Dos à gauche.

Vagin large, à parois lisses et molles. Segment inférieur de l'utérus mince et égal partout.

Digitized by Google

Col de toute sa longueur, mou, orifices fermés. Petite cicatrice à gauche en avant.

Le 31 octobre, on constate une présentation transverse dorso-antérieure; tête à gauche. Version externe facile. Au toucher, l'orifice externe du col est ouvert pour un doigt, l'interne est encore fermé.

Le 26 novembre, à 3 h. du soir, contractions utérines très irrégulières comme fréquence et intensité. A 8 h. du soir, le col est encore long de 2 cm., ouvert, dans toute sa longeur, pour deux doigts. La tête est légèrement engagée au détroit supérieur. A 10 h. du soir, le col est un peu plus court, mais la dilatation n'a pas augmenté. Les douleurs sont rares et faibles. La poche des eaux n'arrive pas encore au niveau de l'orifice externe. L'état général de la malade est satisfaisant.

Le 27, à 1 h. 40 du matin, deux contractions violentes amènent la poche à la vulve et la rupture se fait spontanément. Au toucher, on constate que la dilatation est complète. La tête est au détroit supérieur, encore mobilisable.

A 2 h. 15, surviennent quatre contractions très violentes, rapprochées, à la suite desquelles l'enfant est expulsé très brusquement. Le placenta vient immédiatement après, suivi d'une grande quantité de sang.

Enfant : garçon, vivant, à terme, bien conformé. Taille = 50 cm. ; poids = 3170 grm.

La sage-femme chargée de l'accouchement nous raconte que, dès l'expulsion du placenta, la malade a présenté des symptômes d'anémie aiguë ; elle est devenue très pâle, se plaignant de tintements d'oreilles, baillant et paraissant sur le point d'être prise de syncope. A notre arrivée, huit à dix minutes après l'accouchement, le pouls radial n'est plus sensible. L'utérus ne se contracte pas, mais on le sent et on le maintient, quoique difficilement au dessous de l'ombilic. A ce moment, l'écoulement sanguin est faible, mais continu.

Nous fondant sur la mollesse et la flaccidité très prononcée de l'utérus, nous crûmes avoir affaire à une simple atonie. Aussi, nos efforts se dirigèrent d'abord contre cette complication. Une injection vaginale profonde et très chaude n'arriva pas à provoquer des contractions. Enfin nous en obtînmes une par le massage de l'utérus, qui fit expulser quelques callots et du sang liquide très rouge, évidemment d'origine utérine. Mais à ce moment, nous fûmes frappés par l'apparition d'un large filet de sang noir, coulant à côté du sang rouge utérin dont il était nettement distinct, ce qui nous fit penser qu'il ne provenait pas de l'utérus atonique. Nous procédâmes de suite à une toilette sommaire, puis à l'examen des organes génitaux externes, ce qui nous fit découvrir une large déchirure de la commissure antérieure (quinze minutes après l'accouchement). Le vestibule tout entier n'était plus qu'une large plaie, limitée sur les côtés par les bords adhérents des petites lèvres, arrivant en bas jusqu'à la colonne antérieure du vagin et atteignant, en avant, le clitoris. Le méat urinaire n'était plus visible ; l'urètre, lui-même, était fendu en deux dans sa

Digitized by Google

partie inférieure. Cette plaie, assez profonde, occupant une surface de 5 à 6 cm. carrés, était criblée, partout, d'ouvertures de différents calibres. On ne pouvait y distinguer les artères des veines. Ces ouvertures, plus ou moins béantes, rangées les unes à côté des autres, rapppelaient singulièrement une ruche d'abeilles. Par tous ces orifices vasculaires, le sang coulait d'une façon continue, assez modérée.

Nous pensâmes, un moment, à faire des ligatures en masse ou, encore, à la suture de la plaie, mais nous y renonçâmes de suite, craignant de perdre un temps précieux. D'autre part, la malade présentait tous les signes d'une anémie aiguë grave. Dans ce moment critique, il ne nous restait plus qu'un moyen pour dominer l'hémorragie : le tamponnement et la compression digitale, ce que nous fîmes avec succès pendant une heure. D'un autre côté et dès la découverte de la déchirure, M. le Dr R. Kœnig, chef de clinique à la Maternité et M. le Dr Beau, assistant, s'efforçaient de combattre l'anémie, si grave dès le début. Malheureusement, tous les efforts ont été vains. Ni les frictions, ni l'auto-infusion, ni l'injection de sérum physiologique sous la peau, dans la cavité péritonéale et dans une veine du bras, ne purent relever l'état de la malade exsangue. L'exitus a eu lieu à 3 h. 30 m. (1 h. 15 m. après l'accouchement).

A l'autopsie, pratiquée par M. le Prof. Askanazy, on constata, à part la déchirure ci-dessus décrite, une anémie très prononcée de tous les organes. La rate présentait, en outre, une tuméfaction infectieuse [1] et sa pulpe contenait des cocci. A l'examen histologique du placenta, on constata un infarctus très volumineux, blanchâtre, commençant à la face utérine, sans pourtant occuper toute l'épaisseur du disque placentaire. On trouva encore quelques infarctus plus petits. Au microscope, l'épithélium des villosités faisait défaut dans ces foyers. En outre, les espaces intervilleux étaient remplis d'une masse de fibrine.

Obs. III. — Mme I. M., âgée de 28 ans, ménagère, entrée à la Maternité le 19 janvier 1906.

Seconde grossesse. Premier accouchement prématuré, à sept mois. Dernières règles, le 24 mai 1905. En juillet, août et septembre, aux époques correspondant aux règles, elle a présenté des symptômes de menaces d'abortus.

Status : taille moyenne, femme bien conformée ; glandes mammaires bien développées, mamelons ombiliqués ; bassin normal.

Complications : décollement prématuré du placenta ; accouchement avant terme.

Utérus : hauteur du fond à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic ; direction longitudinale médiane ; extension faible. Bruits du cœur

[1] La malade n'a jamais présenté de la fièvre durant son séjour à la Maternité, ni pendant l'accouchement.

Digitized by Google

du fœtus faibles, à droite en arrière. Dos à droite. Tête au-dessus du détroit supérieur, mobile.

Vagin large, lisse, contenant quelques caillots sanguins. Col dilaté comme une pièce de cinq francs. La poche des eaux bombe fortement dans le vagin. Lorsque la dilatation est comme la paume de la main, une hémorragie survient et ne s'arrête qu'après la rupture artificielle de la poche.

Accouchement à 2 h. du matin, le 19 janvier. Déchirure du vestibule.

Enfant : fille, mort-née ; long. = 42 cm. ; poids = 1710 gr. Diamètres de la tête : BT = 7 ; BP = 7,8 ; OF = 10 ; SOB = 8,5 ; OM = 11.

Voici quelques détails sur l'accouchement :

Le 18 janvier, à 7 h. du soir, la malade commence à sentir des douleurs dans les reins et le ventre, ce qui la force à se mettre au lit. A 8 h. 30, elle perd, tout d'un coup, une grande quantité de sang liquide. Le médecin, appelé à domicile, pratique un léger tamponnement du vagin et envoye la parturiente à la Maternité.

Entrée dans le service d'obstétrique à 11 h. 30 du soir. A ce moment, l'état général est très bon. T. 36°6 ; P. 70. Le tampon vaginal, traversé par le sang, est enlevé. L'hémorragie persiste, mais peu marquée et s'arrête bientôt. Le col est dilaté comme cinq francs et la poche des eaux bombe fortement dans le vagin. Les douleurs sont assez fortes et régulières.

Le 19, à 1 h. 30, l'hémorragie recommence assez fortement. Le col est dilaté comme la paume de la main, la tête est légèrement engagée au détroit supérieur. On rompt la poche, la tête s'engage et l'écoulement sanguin s'arrêté. Les douleurs deviennent plus fréquentes et plus fortes. La tête descend sur le plancher du bassin en O. I. D. P. L'expulsion se produit en trois ou quatre douleurs très violentes et rapprochées. Immédiatement après, survient une hémorragie assez forte. On examine les parties génitales externes et on constate ce qui suit :

Il existe une déchirure large de 3 cm. environ, dirigée parallèlement au bord adhérent de la petite lèvre droite et située entre celui-ci et le méat urinaire. Cette plaie atteint, dans sa partie supérieure, la région clitoridienne. Au fond de la déchirure, on voit l'ouverture de quatre ou cinq vaisseaux saignant abondamment. On fait la compression digitale par un tampon de gaze stérilisée, ce qui arrête l'hémorragie. Le placenta est expulsé, par la méthode de Crédé, quarante cinq minutes après l'accouchement. Nous procédons ensuite, avec M. le Dr Beau, assistan-d'obstétrique, à la suture de la déchirure. Les trois points profonds que nous avons fait d'abord, ne suffisent pas pour arrêter l'écoulement sanguin. L'hémostase complète n'est obtenue que par une suture en matelas comprenant la partie la plus profonde de la plaie et embrassant ses bords de très loin.

Le placenta est de grandeur normale, flasque, vide de sang. Sur un de ses bords, on constate une surface présentant les signes de décollement

Digitized by Google

prématuré. Il existe, en outre, au centre du disque placentaire, une cavité irrégulière de 1 cm. de profondeur, longue de 6 et large de 4 cm., à parois épaissies, tranchant nettement sur les tissus environnants. Cette cavité, très probablement le vestige d'un ancien décollement (menace d'abortus), contient d'anciens caillots sanguins.

Suites de couches normales. La déchirure se réunit par première intention. Sortie le onzième jour après l'accouchement.

Historique. — Les déchirures vulvaires, pendant la grossesse et l'accouchement, sont connues depuis fort longtemps. Ambroise Paré, Mauriceau, Baudelocque, Mme Lachapelle, Nægele, Paul Dubois, donnent, sur ce sujet, quelques observations détaillées. Stendel, d'Esslingen, en fait une étude spéciale dans la *Gazette médicale*, en 1834. Aussi, est-il inexplicable que certains auteurs allemands donnent à ces lésions le nom de « déchirures de Klaproth », ce dernier n'ayant publié ses cinq observations qu'en 1858. On peut compter, dans la littérature médicale, une quarantaine de ces cas rapportés soit dans des articles de journaux, soit dans des thèses de doctorat. Nous ne parlons évidemment que des déchirures des régions du vestibule et du clitoris et non de celles des autres parties de la vulve, qui sont plus communes et plus fréquentes. Dans les traités classiques, ces complications trouvent également leur place, le plus souvent très modeste. Duncan, dans son ouvrage sur l'obstétrique, attire l'attention des accoucheurs sur l'examen nécessaire des parties génitales externes toutes les fois qu'on se trouve en face d'une hémorragie post-partum, l'utérus étant rétracté. Mais c'est surtout Budin qui, dans sa thèse d'agrégation, ainsi que dans des articles originaux et des thèses faites sous sa direction, a apporté les données les plus circonstanciées sur ces complications de la grossesse et de l'accouchement. Les thèses de Mousseaud et Delahousse sont également d'excellentes études de la question.

Pathogénie, étiologie, mécanisme. — Nous ne nous occuperons pas, ici, de la pathogénie des varices génitales, cette question ayant fait le sujet de publications nombreuses où elle est très bien étudiée. Il suffit de rappeler que la région vestibulo-clitoridienne est très riche en vaisseaux veineux et artériels. Les veines et, par conséquent, les varices y sont en communication avec des organes érectiles, avec tous les plexus veineux tributaires des veines hypogastriques et même avec les veines des membres inférieurs. Si on ajoute encore que les veines vul-

Digitized by Google

vaires sont dépourvues de valvules, on comprend aisément de quelle gravité peut être une déchirure dans cette région. Cette particularité anatomique explique également l'abondance surprenante de l'hémorragie, même lorsqu'il n'y a pas de varices et lorsque les déchirures n'intéressent pas les organes érectiles. Il faut cependant remarquer que les varices facilitent les déchirures et en rendent le traitement très difficile, ce qui aggrave beaucoup le pronostic.

Pendant la grossesse, les ruptures des varice vulvaires ont, le plus souvent, lieu dans les trois derniers mois. Leur cause directe est généralement d'origine traumatique : chute à califourchon (Budin), coït (Tarnier), grattage (Depaul), coup de pied (Simpson), efforts exagérés, chute sur les morceaux d'un vase cassé (notre Obs. I).

Pendant l'accouchement, les ruptures sont provoquées par le passage spontané de la tête ou par les instruments de l'accoucheur. On a invoqué différentes causes pour expliquer le mécanisme de ces déchirures. La compression exercée par la tête, gênant la circulation de retour, augmenterait la pression dans les veines et les varices vulvaires. Celles-ci cèderaient pendant le maximum d'un effort d'expulsion et la rupture se produirait ainsi avant la sortie de la tête. Cependant, l'observation démontre que les déchirures dans la région vestibo-clitoridienne se font le plus fréquemment lors du passage de la tête à travers l'anneau vulvo-vaginal. De là, vient la supposition que ces déchirures ne sont que l'extension des plaies inévitables du vagin et de son orifice de sortie.

Weiller a incriminé la main qui soutient le périnée et qui cherche à protéger trop bien celui-ci. La sortie vulvo-vaginale étant trop étroite, la déchirure inévitable ne pouvant se faire aux dépens du périnée, se ferait alors au niveau de la commissure antérieure et s'étendrait à la région du clitoris. En outre, la tête, trop fortement repoussée en avant par la main de l'accoucheur, comprimerait la région du vestibule contre l'arcade pubienne et provoquerait ainsi une véritable section.

Toutes ces suppositions, plausibles d'ailleurs, sont, à notre avis, insuffisantes pour expliquer le mécanisme de la plupart des déchirures en question.

Delahousse admet, en outre, une disproportion entre la tête du fœtus et les parties génitales de la mère (tête trop grosse), une inclinaison trop forte du bassin (vulve barrée) et une prédisposition spéciale et individuelle des parturientes.

Digitized by Google

Mais, comment expliquer les déchirures isolées du vestibule, du clitoris et du méat urinaire, déchirures souvent très vastes, mortelles et pourtant ne communiquant avec aucune plaie de l'anneau vulvaire ou des parois vaginales ? Comment expliquer encore le fait que ces déchirures s'observent parfois dans des cas de bassins absolument normaux et même dans des accouchements avant terme, où la question de la disproportion entre la tête et les parties génitales ne peut pas être posée. En outre, la région vestibulo-clitoridienne peut être déchirée isolément lorsque le périnée n'a point été soutenu, par conséquent lorsque la main de l'accoucheur ne peut pas être incriminée. Il faut donc admettre d'autres causes, des conditions spéciales, provoquant ou, au moins, facilitant ces déchirures.

Deux de nos observations (II et III) contribueront, croyons-nous, dans une certaine mesure, à expliquer ces conditions, jouant, à notre avis, le principal rôle dans les déchirures en question. Dans les deux cas, nous ne pouvons incriminer qu'une seule et même cause : des *contractions trop fortes et irrégulières et une expulsion trop rapide.* Chez les deux malades, le périnée est resté intacte, la sortie du vagin ne présentait que quelques éraillures superficielles, les plaies du vestibule étaient absolument isolées. Dans le cas de l'observation II, le bassin était normal, la tête de l'enfant n'était que d'un volume moyen. Par contre, l'expulsion a été très rapide : en quatre douleurs très rapprochées, subintrantes et fortes, la tête descend du détroit supérieur et franchit la vulve sans arrêt. De même, dans le cas de l'observation III, la tête, très petite d'ailleurs (accouchement prématuré), mobile au détroit supérieur, a été expulsée en trois ou quatre douleurs brusques, fortes, sans que l'accoucheur ait eu le temps de soutenir le périnée. Cette irrégularité et la violence des contractions utérines sont certainement de nature à provoquer ces déchirures. La tête n'ayant pas le temps de faire sa rotation normale, ni de préparer lentement les parties génitales externes en mettant à profit leur élasticité normale, sa descente trop rapide distend au maximum la région vestibulaire et les déchirures s'y produisent avant que l'anneau vulvaire ait commencé à se dilater.

D'autre part, les malades, surprises et épouvantées par la descente et la sortie brusque de la tête, s'affollent et poussent d'une manière irrégulière, ce qui fait encore augmenter les

Digitized by Google

chances de déchirures. Nous avons eu l'occasion de nous convaincre de l'effet désastreux de ce genre de contractions irrégulières et brusques à l'occasion d'une déchirure centrale de périnée dans une présentation du siège.

Symptômes. — A part l'hémorragie abondante et l'anémie profonde se produisant, le plus souvent, en très peu de temps, les déchirures de la région vestibulo-clitoridienne ne présentent pas de symptômes particuliers, constatables d'emblée et à distance. Il en est de même des ruptures des varices vulvaires. Les parties génitales externes, aussi bien chez les femmes enceintes que chez les parturientes après l'expulsion, sont plus ou moins rapprochées et le sang coule à la fourchette, comme s'il venait de l'utérus. Les ruptures elles-mêmes siègent, le plus souvent, au niveau du vestibule ou le long des bords adhérents des petites lèvres. Aussi, pour les découvrir, l'examen minutieux de ces parties est-il indispensable. Dans les cas les plus graves, les lésions se prolongent vers le clitoris et la région de l'urètre, plus rarement sur la colonne antérieure du vagin. Le méat urinaire peut ainsi se trouver au milieu de la plaie et ses contours sont alors méconnaissables. Lorsque la déchirure est profonde, les nombreux vaisseaux ouverts donnent à la plaie l'aspect d'une pomme d'arrosoir (Delahousse) ou d'une ruche d'abeilles.

L'hémorragie commence dès la production de la rupture, c'est-à-dire pendant la sortie de la tête. Budin a observé et admet comme symptôme important un jet de sang jaillissant et coulant en deux filets à droite et à gauche du cou de l'enfant, au moment où les épaules arriuent à la vulve. Très abondante immédiatement après l'expulsion, l'hémorragie va en diminuant et ne redevient forte que si l'on se met à écarter et à tendre les parties génitales, affaissées après l'accouchement.

Lorsqu'il s'agit des ruptures de varices isolées, l'hémorragie est, naturellement, veineuse. Mais, dans les cas de déchirures au moment de l'accouchement, elle est, le plus souvent, mixte, la lésion intéressant à la fois des veines et des artères. L'écoulement sanguin se produit soit comme s'il sortait d'une éponge, soit en saccades. Ce dernier caractère n'est pourtant pas suffisant pour conclure à une hémorragie artérielle car, comme le dit Spiegelberg, dans les tissus caverneux fortement remplis, les veines peuvent également saigner en saccade.

La couleur du sang est plus ou moins foncée, suivant la

Digitized by Google

nature de la source. Dans le cas de l'observation II, la constatation d'un filet de sang noir, à côté du sang rouge venant de l'utérus, était le seul symptôme qui nous a fait penser à une déchirure et nous a poussé à l'examen des parties génitales.

L'abondance de l'hémorragie dépend de la région où siège la déchirure, de la profondeur de celle-ci et de la nature des tissus lésés. Une déchirure, petite et étroite, peut occasionner la mort en quelques minutes, tandis que des déchirures d'une surface de plusieurs centimètres carrés, ne donnent parfois que des hémorragies relativement peu graves. Il est à remarquer, en outre, que la lésion directe des organes caverneux n'est point indispensable pour que l'hémorragie soit des plus profuses.

La rupture des vaisseaux vulvaires peut avoir lieu en dehors de toute plaie externe. L'hémorragie se fait alors dans les tissus sous-jacents à la peau et donnent naissance à des *hématomes* (thrombus) *vulvaires*. Ces thrombus peuvent s'ouvrir après coup et donner les symptômes que nous venons d'exposer.

Du côté de l'état général, le symptôme frappant est l'anémie aiguë profonde et presque instantanée. « Des femmes jeunes, robustes se trouvent, en quelques minutes, exsangues, agitées de mouvements convulsifs, perdant connaissance, mourantes ».

Diagnostic. — La terminaison fatale observée dans bon nombre de cas rapportés dans la littérature est certainement due à la découverte, souvent trop tardive, de la source de l'hémorragie. Le moindre retard apporté dans les mesures à prendre contre cet accident, peut avoir des conséquences irréparables. En effet, l'anémie profonde et mortelle qui suit les ruptures vulvaires graves chez les femmes enceintes et les parturientes est très rapide, instantanée. Aussi, les erreurs de diagnostic font-elles perdre les moments les plus précieux. Peut-on, cependant, éviter ces erreurs ? Nous ne le croyons pas, car lorsqu'on se trouve en face d'une femme enceinte, dans les derniers mois de la grossesse, baignant dans son sang, anémiée à fond, on pense, naturellement, aux complications les plus fréquentes et communes — au placenta prævia. De même, en cas d'hémorragie grave *post-partum*, on cherche du côté de l'utérus, on pense à l'inertie utérine.

On a préconisé le signe de Budin, ci-dessus décrit, pour le diagnostic différentiel entre l'hémorragie suite de ruptures dans la région vestibulo-clitoridienne et l'hémorragie *post-*

Digitized by Google

partum proprement dite. Mais ce signe est loin d'être constant. On a recommandé encore la constatation de la rétraction de l'utérus, signe qui excluerait d'emblée une hémorragie d'origine utérine. Mais que faire lorsqu'il y a cœxistence de déchirure grave et d'inertie utérine, comme dans le cas de notre observation II ? Ici, comme Delahousse le remarque bien, « la confusion est presque fatale et le pronostic très sombre ». En outre, d'après lui, il peut exister une inertie partielle ; l'hémorragie peut se produire malgré la présence d'un utérus rétracté, malgré le « globe de sûreté ». La confusion est encore possible avec une hémorragie due aux déchirures du col.

On voit donc que l'*examen minutieux des parties génitales* est la seule garantie contre les erreurs de diagnostic. Malheureusement et pour les raisons que nous venons de dire, cet examen n'est souvent fait que trop tard. D'ailleurs, même des accoucheurs de valeur reconnue, ont eu à déplorer des exitus inévitables. Des déchirures, produites sous leur yeux et sous leurs mains, ont occasionné la mort en peu de temps, l'hémorragie foudroyante résistant à tous les efforts du traitement.

Pronostic. — L'hémorragie consécutive aux ruptures de varices vulvaires, pendant la grossesse, est généralement d'une très grande gravité. On rencontre, dans la littérature, la relation de plusieurs cas terminés par la mort presque instantanée. Budin rapporte sept cas mortels sur neuf observations. Varnier, cité par Mousseaud, a trouvé 18 observations où l'hémorragie a été mortelle du premier coup. Wulmers a réuni 16 cas, dont 7 mortels. En ce qui concerne le pronostic de la grossesse elle-même, le fœtus succombe vite à la suite de l'anémie mortelle et le travail commence généralement très rapidement après l'accident.

Quant aux déchirures dans les régions du clitoris et du vestibule, même en dehors de l'existence de varices, leur gravité n'est pas moins redoutable. Ce qui rend le pronostic encore plus funeste, c'est l'anémie, souvent très grave d'emblée et réfractaire à tout traitement, même après l'arrêt rapide et complet de l'hémorragie. Delahousse a réuni, sur ce sujet, 19 cas, dont 11 mortels (8 en moins de trente minutes), 4 avec hémorragies très graves et 4 avec hémorragies bénignes. Les deux cas, observés par Müller, ont également été suivis d'une mort rapide. La mort tardive a été aussi observée à la suite d'une infection grave qui se produit très facilement, vu la

Digitized by Google

grande étendue des surfaces déchirées. Cette dernière complication est plus particulièrement commune dans le cas de thrombus vulvaires ouverts secondairement.

Traitement. — Les ruptures des varices vulvaires chez les femmes enceintes et les déchirures de la région vestibulo-clitoridienne, au moment de l'accouchement, entraînent souvent le mort, soit par suite de l'anémie aiguë d'emblée trop grave, soit à cause de la difficulté extrême et de l'impossibilité d'arrêter l'hémorragie. Le traitement prophylactique serait, par conséquent, plus indiqué ici que partout ailleurs, mais comment prévoir et éviter les circonstances qui pourraient exposer une femme enceinte aux ruptures vulvaires? Ici, le rôle de l'accoucheur ne peut évidemment pas aller au-delà des conseils et des avertissements. Pendant l'accouchement, en cas de contractions expulsives très violentes, il faut maîtriser la tête fœtale et ne lui permettre de franchir la vulve que très lentement, millimètre par millimètre.

Mais, lorsque les ruptures vulvaires sont déjà produites — autant chez les gravides que chez les parturientes — il n'y a d'autre chance de salut pour la malade que la découverte rapide de la source de l'hémorragie, car, comme nous l'avons dit, l'anémie aiguë grave peut être très précoce. Nous avons, maintes fois, entendu M. le Prof. Jentzer, insister, dans ses cliniques, sur ce sujet : « Quand la matrice se contracte et que l'*hémorragie persiste*, il faut penser à une lésion des organes génitaux externes ou à une déchirure profonde du col. L'examen le plus minutieux et immédiat de ces organes est indispensable et la rapidité du diagnostic peut sauver la malade ».

Les lésions une fois découvertes, il s'agit d'arrêter immédiatement l'hémorragie. On a préconisé, pour cela, plusieurs moyens qui, cependant, peuvent tous échouer, suivant le cas qui se présente. En effet, le choix du procédé dépend d'une série de circonstances : le siège de la déchirure, les dimensions de celle-ci, sa profondeur, la nature des tissus lésés, le degré de l'anémie, suite de l'hémorragie, circonstances qu'on ne peut pas négliger impunément.

Ainsi, faire les ligatures séparées d'un grand nombre de vaisseaux, siégeant au fond d'une plaie profonde, dans des tissus saignant au moindre attouchement, c'est, croyons-nous, perdre un temps précieux, s'exposer à des lésions nouvelles et aggraver encore la situation. Les ligatures en masse ne peuvent, non plus, réussir d'emblée que dans des cas de déchi-

Digitized by Google

rures peu profondes où l'on peut arriver à pincer tous les vaisseaux déchirés. Il en est de même des pinces à forcipressure, laissées en place. Les sutures profondes, sans donner un meilleur résultat, peuvent occasionner des blessures des organes érectiles voisins, souvent respectés par les déchirures et rendre ainsi l'hémorragie encore plus redoutable. L'application de substances hémostatiques n'est qu'un palliatif sans valeur.

Nous répétons que tous ces moyens peuvent échouer et, cependant, il n'est pas permis d'abandonner une malade que l'hémorragie rebelle mène fatalement à la mort. C'est pourquoi, tout récemment, Brunet, de Magdebourg, dans un cas de ruptures de varices vulvaires à la fin de la grossesse et en face d'une hémorragie résistant à tous les moyens de traitement, a pratiqué l'opération césarienne.

En ce qui nous concerne, nous croyons qu'on pourrait diminuer de beaucoup la mortalité à la suite de ces accidents de la grossesse et de l'accouchement, en s'attaquant d'emblée et en premier lieu à l'anémie aiguë, si peu profonde qu'elle paraisse être au début, car l'arrêt complet et définitif de l'hémorragie dure trop longtemps et, pendant ce temps, l'anémie aiguë s'aggrave et les malades meurent à la suite de la dépression sanguine trop forte et trop rapide. C'est pourquoi, d'accord avec notre maître, M. le Prof. A. Jentzer, nous ne saurions assez insister sur la valeur du *tamponnement combiné à la compression* qui, assurant une hémostase temporaire, permet d'éviter ou de combattre l'anémie précoce, profonde et mortelle. Les symptômes d'anémie une fois conjurés, on peut ensuite discuter et appliquer les moyens les plus conformes au cas donné pour l'arrêt définitif de l'hémorragie.

Toutefois, en cas de ruptures de varices isolées, on peut faire d'emblée et sans danger des ligatures séparées. De même, une suture en matelas peut donner des bons résultats dans les déchirures peu profondes, lorsque l'hémorragie n'est pas abondante et lorsqu'il n'y a pas de menaces d'anémie aiguë.

BIBLIOGRAPHIE

BRUNET. Eine seltene Indikation zum Kaiserschnitte *Zentralbl. für Gynæk.*, 1906, N° 2.

BUDIN. Des varices chez la femme enceinte. *Th. d'agrégation*, Paris 1880. — Des lésions traumatiques dans les accouchements artificiels. *Th. d'agrégation*. Paris 1878. — Note sur un signe permettant de reconnaître une hémorragie des parois du vagin après l'accouchement. *Arch. de tocol.*, 1887.

Digitized by Google

DELAHOUSSE. De la rupture des varices vulvaires au moment de l'accouchement. *Th. de Paris*, 1901-1902.

J.-E. DROMAIN. Des déchirures de la vulve et du périnée pendant l'accouchement. *Th. de Paris*, 1877.

J.-B. GIRARD. Contribution à l'étude des thrombus de la vulve et du vagin dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. *Th. de Paris*, 1874.

KLAPROTH. *Mon. f. Geb.* XI, s. 81 ; XII, s. i (voir Thèse de Delahousse).

E. KOSSOW-GERRONAY. Ein seltener Fall von Verblutung der Mutter bei Geburt. *Wiener klin. Woch.* (Résumé in *Münch. med. Woch.*, 1905, N° 22).

J. LE GROS. Contribution à l'étude des varices des régions sus et prépubiennes pendant la grossesse. *Th. de Paris*, 1901-1902.

LUDWIG. Ueber Scheidengewölberisse bei der Geburt. *Wien. klin. Woch.*, 1901 (Résumé in *Arch. de gynéc.*, 1901, p. 509).

F. MOUSSAUD. Des varices de la vulve et des hémorragies consécutives à leur rupture. *Th. de Paris*, 1889-1890.

P. MÜLLER. Handbuch der Geburtshülfe. B. II, Stuttgart, 1889.

OUI. Le thrombus puerpéral de la vulve et du vagin. *Revue prat. d'obst. et de péd.*, 1897.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. Précis d'obstétrique. Paris, 1904.

O. SPIEGELBERG. Lehrbuch der Geburtshülfe, 1882.

TARNIER et BUDIN. Traité de l'art des accouchements. T. III. Paris. 1898.

WINCKEL. Handbuch der Geburtshulfe. B. II, Teil III. Wiesbaden 1904.

La méthode graphique en gynécologie et son emploi dans la lutte contre le cancer de l'utérus [1].

par le Dr R. de SEIGNEUX

Privat-docent de gynécologie à l'Université de Genève.

Les symptômes auxquels donnent lieu les affections des organes génitaux internes chez la femme présentent un certain nombre de traits communs, toujours les mêmes, quelle que soit la maladie qui les produit. Qu'il s'agisse d'une métrite, d'une endométrite, d'une déviation de l'utérus, d'un cancer utérin, d'un fibrôme ou d'une tumeur annexielle, les principales plaintes des malades ne diffèreront que très peu d'un cas à l'autre. Ce seront des troubles de la menstruation se manifestant

[1] Cet article a paru en langue allemande dans le *Zentralbl. für Gynaek.*, 1906, n° 9.

Digitized by Google

sous forme d'irrégularités, d'aménorrhée, de ménorrhagies, des pertes de sang atypiques plus ou moins abondantes, des pertes blanches et des douleurs.

En somme cet ensemble de symptômes, auquel Pozzi a si justement donné le nom de *syndrome utérin*, est très peu varié et d'une affection à l'autre, la différence à tout prendre ne réside que dans l'intensité particulière de telle ou telle des manifestations anormales que nous venons d'énumérer rapidement ainsi que dans la fréquence relative de son apparition.

La grande difficulté qu'il y a souvent à apprécier à leur juste valeur les renseignements anamnestiques donnés par les malades, difficulté qui résulte précisément de la similitude des symptômes fournis par les affections gynécologiques, m'a amené à rechercher quelque moyen de les représenter tous d'une façon schématique sur une même feuille comprenant une année entière, afin d'avoir ainsi et sous forme d'un tableau graphique toute « la vie gynécologique » de mes malades.

J'ai fait établir dans ce but, ainsi qu'on le voit sur le tableau ci-joint (voir pl. I), des bandes de papier quadrillé de 43 cm. de longueur sur 6 cm. de hauteur [1]. Chacune des colonnes verticales correspond à un jour. Chaque période de cinq jours est séparée de sa suivante par un trait plus accentué de façon à ce qu'il n'y ait pas la moindre difficulté dans la lecture du graphique. La bande entière est encore traversée par des traits horizontaux renforcés marqués respectivement dans la marge de gauche 1/2, 1, 2, 3. Il est très facile de plier ces bandes en quatre, afin qu'elles tiennent moins de place.

A la première visite ou consultation j'ai l'habitude d'en remettre un exemplaire à chacune de mes malades et je la prie de bien vouloir enregistrer dorénavant toute perte de sang, si petite soit-elle, qu'elle provienne de règles normales ou de toute autre cause pathologique, en noircissant au crayon ou à l'encre la colonne correspondant à la date où s'est produit cette

[1] Depuis longtemps déjà on emploie dans les cliniques allemandes des tableaux où, pendant le séjour de la malade à la clinique, on inscrit régulièrement les pertes de sang dont elle est atteinte. Ces tableaux sont habituellement joints à l'observation et ce sont eux qui m'ont donné l'idée de ce travail. Je tiens cependant à faire remarquer que mes graphiques n'ont aucun rapport avec ceux employés en Allemagne, ainsi que je l'ai déjà dit à la Société Médicale de Genève (séance du 8 nov. 1905, v. *Rev. méd. de la Suisse rom.* p. 875) et qu'ils répondent d'ailleurs à un but tout différent, puisqu'ils sont remis aux malades en personne qui y font elles-mêmes les inscriptions nécessaires et cela d'une façon continue et suivie.

Digitized by Google

perte, jusqu'à la ligne horizontale marquée 1, si cette perte est analogue comme quantité à des règles normales, jusqu'à la ligne 1/2, si elle est beaucoup plus faible, jusqu'à la ligne 2, si elle est au contraire beaucoup plus forte, jusqu'à la ligne 3, s'il s'agit d'une véritable hémorragie. Les lignes intermédiaires peuvent être négligées, car il entre trop de facteurs subjectifs dans l'appréciation exacte du degré d'intensité réelle de la perte de sang pour en tenir compte et dans la pratique les termes de faibles (1/2), normales (1), très fortes (2), hémorragiques (3) suffisent entièrement.

A la fin de l'année on aura ainsi un tableau complet qui d'un seul coup d'œil renseignera sur :

1° La régularité ou l'irréguralité des époques.

2° La durée exacte de chacune d'entre elles.

3° L'intervalle exacte entre chaque époque menstruelle de l'année écoulée.

4° Leur abondance et les variations mensuelles de leur force.

5° Toutes les autres pertes de sang atypiques qui pourront se présenter dans le courant de l'année, avec leur durée, leur fréquence et leur abondance.

Il est bien rare que, même chez les femmes tout-à-fait bien portantes, les règles se passent sans douleur. Dans les cas où ce symptôme est l'expression d'un état pathologique, sa coïncidence avec le début des règles, sa durée, son existence en dehors des époques menstruelles ont la plus grande importance.

Afin d'indiquer à tel ou tel jour l'existence de douleurs dans le bas-ventre ou dans les reins, on inscrira à la date correspon- et au-dessous du tableau une petite croix (+) sous laquelle on tracera un trait si ces douleurs sont fortes (±), deux traits (±) si si elles sont très fortes et trois (±) si elles sont excessives. Lorsque plusieurs jours douloureux se suivront sans interruption, on pourra pour simplifier les réunir par une accolade au-dessous de laquelle on placera la croix souscrite ou non de 1, 2 ou 3 traits (Ex. : $\underbrace{\quad}_{+}$ ou $\underbrace{\quad}_{\pm}$).

En plus des renseignements précédents concernant les époques menstruelles et les hémorragies atypiques, notre graphique nous indiquera donc encore :

1° Si les règles sont accompagnées de douleurs ou non.

2° Quels jours de l'époque menstruelle sont accompagnés de douleurs.

Digitized by Google

3° S'il y a des douleurs en dehors des règles (douleurs intermenstruelles).

4° Quelle est l'intensité du symptôme douleur.

Les pertes blanches sont simplement indiquées par un trait continu horizontal tracé au haut du graphique, trait que l'on interrompt lorsque, sous l'influence du traitement appliqué, les pertes ont pris fin.

Il est clair que si les malades suivent scrupuleusement les prescriptions de leur médecin et tiennent régulièrement à jour le graphique qui leur a été remis, il sera dès lors possible de soumettre à un contrôle sévère tout ce qui concerne la menstruation, les différents troubles dont elle peut être atteinte ainsi que l'apparition d'hémorragies atypiques.

Depuis quelques années et plus particulièrement sous l'influence des travaux de Winter, on a commencé à se préoccuper un peu partout des meilleurs moyens à employer dans la lutte contre le cancer utérin. Le fait acquis et indéniable, c'est que, si les récidives du cancer après des interventions qui voudraient être radicales sont encore tellement fréquentes qu'elles jettent malheureusement un discrédit justifié sur nos résultats opératoires, cet état de choses provient uniquement du fait que les malades dans la presque totalité des cas arrivent toujours trop tard entre les mains d'un chirurgien, trop tard, c'est-à-dire lorsque les symptômes de début du cancer utérin ont fait depuis longtemps déjà leur apparition, sans que la malade non prévenue y ait accordé la moindre valeur.

Or ce sont ces symptômes de début qu'il est important de guetter et de dépister dès l'instant où ils se manifestent.

Plusieurs moyens ont été proposés dans ce but (circulaires adressées aux médecins et aux sages-femmes pour leur rappeler ces symptômes de début, l'importance qu'il y a à envoyer le plus vite possible au chirurgien toute personne chez laquelle ils apparaitraient; conférences, articles dans les journaux quotidiens, brochures destinées au public féminin lui-même, afin de l'engager à recourir au médecin dès le moindre trouble du côté des organes génitaux.

Sans vouloir entrer ici dans aucune discussion sur l'efficacité de chacun de ces moyens, je désirerais seulement attirer l'attention sur l'importance que peut prendre dès maintenant, dans la lutte contre le cancer de l'utérus, la méthode graphique en gynécologie.

Digitized by Google

Le grand coupable en cette matière c'est l'indifférence souvent étonnante des femmes pour tout ce qui concerne les troubles utérins, mais c'est aussi la crainte plus ou moins déguisée qu'un examen médical puisse révéler un cancer.

C'est là un facteur dont il importe de tenir grand compte dans les moyens mis en avant dans la lutte entreprise contre cette affection.

Or l'emploi des graphiques, décrits ici, permet précisément de soumettre chaque femme à une surveillance étroite d'autant plus stricte et efficace qu'elle ne s'en doutera nullement, qu'il ne lui sera causé aucune appréhension inutile et qu'on ne l'aura pas effrayée par des descriptions pénibles et terrifiantes qui, contrairement au but poursuivi, risquent d'engager bien des malades à fermer volontairement les yeux sur des symptômes alarmants.

En effet, de quoi s'agit-il? Seulement d'enregistrer régulièrement sur le graphique toute perte de sang, qu'elle soit typique ou atypique, et de le présenter à des intervalles fixes et réguliers à son médecin. Tout phénomène anormal serait ainsi immédiatement signalé à celui-ci et ne saurait plus lui échapper.

Et cette surveillance constante, la malade l'accepterait d'autant plus facilement qu'inconsciente de sa raison d'être qu'elle attribuerait à un intérêt bienveillant du médecin pour son hygiène génitale, elle n'aurait jamais aucune crainte à venir se présenter chez lui d'une façon suivie et régulière.

Si le médecin traitant a soin de se faire apporter ces graphiques tous les six mois jusqu'à 35 à 40 ans, tous les trois mois à partir de ce âge, il aura ainsi la possibilité de procéder à un examen minutieux des organes génitaux au moindre trouble pouvant faire soupçonner le début d'un cancer et dans cet examen je fais rentrer l'excision de parties douteuses du col, le curetage explorateur en cas de nécessité et l'examen microscopique des parties ainsi obtenues.

Il me semble qu'il y a là un procédé si facile à appliquer, si pratique de toute manière, que j'irai même plus loin et que je voudrais émettre le vœu que dans l'enseignement clinique on s'attache dans l'avenir à démontrer aux étudiants toute la grande importance que peuvent avoir ces graphiques pour le diagnostic précoce du cancer de l'utérus. De même que l'usage des graphiques pour la représentation de la marche de la tempé-

Digitized by Google

rature dans les maladies fébriles est répandu partout à l'heure actuelle, dans la pratique privée comme dans les hôpitaux, il viendrait certainement un jour où aucun médecin ne prendrait plus en traitement une femme quelconque sans lui avoir remis un graphique avec les indications nécessaires et où toute femme aurait pris l'habitude de venir trouver régulièrement et à époques fixes son médecin pour s'assurer que tout est en ordre, comme elle le fait souvent dans les classes aisées pour son dentiste.

Ce serait là assurément l'un des moyens les plus pratiques et les plus efficaces pour permettre d'opérer le cancer de l'utérus dès l'apparition des premiers symptômes cliniques et pour améliorer nos résultats opératoires encore si peu satisfaisants.

Note sur un cas de purpura foudroyant chez un garçon de deux ans et demi

Communication faite à la *Société médicale de Genève* le 4 avril 1906

par le Dr H. Audeoud

Médecin de la Maison des Enfants malades

Le purpura n'est pas une maladie, c'est un symptôme qui se rencontre dans des cas d'origine fort diverse. Il faut donc distinguer les purpuras et à mesure que la bactériologie et l'analyse chimique les auront mieux étudiés, il est probable qu'on pourra les rattacher à leur véritable cause. En attendant, on peut garder la désignation de purpura pour des affections où la tache purpurique forme le symptôme prédominant et la lésion la plus marquante.

On peut distinguer avec Barbier[1] les purpuras primitifs et secondaires. Les premiers comprennent les purpuras toxiques d'origine médicamenteuse ou alimentaire et les purpuras toxi-infectieux ; dans cette dernière division on groupe le purpura infectieux primitif, le purpura rhumatoïde, la maladie de Werlhoff et le purpura fulminans d'Hénoch. Les purpuras secondaires se montrent surtout dans les fièvres éruptives, indépendamment de l'éruption.

[1] *Traité des maladies de l'enfance*, 2e édition, t. I, p. 885 et suiv.

Digitized by Google

La forme sur laquelle je désire attirer votre attention a été signalée en 1884 par Guelliot, puis décrite en 1886 par Hénoch qui l'appela *purpura fulminans*. Elle est heureusement assez rare et caractérisée comme suit : début brusque, éruption purpurique formée d'ecchymoses énormes, absence d'hémorragies des muqueuses, absence de douleurs rhumatoïdes, gravité précoce des phénomènes généraux, pronostic presque toujours fatal.

La maladie se montre sans cause apparente, le plus souvent chez des enfants au desous de cinq ans, en pleine santé ; le début est subit : frissons et convulsions, abattement, vomissements, cris fréquents. Les ecchymoses ou pétéchies siègent surtout aux quatre membres et s'étendent avec une rapidité effrayante, en formant par leur confluence de véritables nappes ; on a signalé un œdème dur et des phlyctènes. Tandis que la peau est atteinte au maximum, les muqueuses ne sont que peu ou même pas touchées. Les symptômes généraux sont très marqués : teint plombé, cyanose, refroidissement des extrémités, puis collapsus. La mort est survenue en dix heures dans le cas d'Hervé, en seize heures dans celui de Gibbons ; d'autres fois la maladie a duré trois ou quatre jours. Le cas de Boulloche semble être actuellement le seul terminé par la guérison.

La pathogénie de cette variété de purpura est complètement inconnue, l'autopsie faite dans trois cas et l'examen bactériologique pratiqué par Ausset n'ont donné aucun résultat positif. Il semble qu'il doit s'agir d'une septicémie subaigüe.

J'ai eu l'occasion d'observer tout récemment un cas semblable et, bien qu'il n'apporte guère de lumière nouvelle dans la question, il m'a paru intéressant de vous en rapporter l'histoire clinique avec l'idée de provoquer peut être une discussion à ce sujet.

Garçon de 2 ans 1/2, pas très robuste, mais qui s'est toujours bien porté, sauf qu'il a été atteint de rougeole légère à l'âge d'une année. Ses parents, de même que sa grand'mère, chez laquelle il habite, sont en bonne santé ; il a un frère de dix ans et une sœur de quatre ans bien portants. Il n'y a pas de maladie infectieuse dans son entourage. Aucun écart de régime dans ces derniers jours.

Le 12 mars 1906, l'enfant se promène dans l'après midi comme d'habitude ; il parait tout à fait normal. Cependant il accuse un peu de fatigue le soir et refuse de manger. La nuit n'est pas mauvaise, mais le 13 mars à 8 h. du matin, sa grand'mère remarque en lui faisant sa toi-

Digitized by Google

lette, une ecchymose au niveau du pli de l'aine gauche ; elle croit qu'il s'agit d'un coup et gronde la sœur aînée. A 9 h. 1/2 elle constate avec surprise sur tout le corps un piqueté de petites taches, rouges foncées ; elle laisse l'enfant au lit. Anorexie, pas de vomissements, pas de toux, mais accablement et quelques plaintes. Il y a un peu de fièvre. Au commencement de l'après midi, M. le Dr Blank appelé prescrit une potion stimulante et prie de me faire demander.

A 3 h. 1/2 je vois le petit malade ; il est couvert de taches purpuriques, ecchymotiques et de pétéchies variant de la dimension d'un pois à celle d'une pièce de deux francs ; les quatre membres sont plus atteints que le tronc. L'état général est mauvais, le facies est souffrant, le teint gris plombé, le pouls petit, les extrémités refroidies. Il n'y a pas eu d'hémorragie viscérale, l'urine est claire ; l'enfant vient d'avoir une selle jaune normale. Par contre les conjonctives sont injectées et présentent quelques ecchymoses. On transporte l'enfant à la maison des Enfants malades, au chemin Gourgas.

Traitement : maillots tièdes sur le tronc et linges chauds aux extrémités, injection sous-cutanée d'huile camphrée, potion stimulante à l'acétate d'ammoniaque et au rhum.

A 5 h., T. rectale 40°6 ; les extrémités se refroidissent, le pouls est très fréquent, incomptable ; l'enfant crie beaucoup, a l'air de souffrir de toutes les parties du corps ; il n'est pas calmé par 0.20 gr. de bromure de sodium dans une cuillerée à café de sirop de codéine.

A 7 h. 1/2 le purpura a augmenté surtout à la face et aux membres inférieurs ; les deux joues sont comme plaquées de grosses taches violettes de la grandeur de la paume de la main. Sur les cuisses et les jambes il s'est fait une diffusion sous cutanée des hémorragies qui forment de grandes nappes violettes foncées, presque noirâtres. Pas d'œdème des extrémités ni de phlyctènes. Il n'y a pas d'autre hémorragie (épistaxis, hémoptysie, hématémèse, hématurie ou melæna). Les cris sont violents et continuels, l'état général de plus en plus mauvais. A 11 h. du soir, T. rectale 41°, malgré les maillots.

A minuit convulsions, puis l'enfant tombe dans le coma et meurt à 1 h. du matin. La durée apparente de la maladie a donc été de dix-sept heures.

L'autopsie n'a malheureusement pu être faite.

En face d'un pareil tableau on pense tout de suite aux formes hémorragiques des grandes infections et c'est ce qu'ont en effet recherché les observateurs antérieurs. Mais s'il est vrai qu'une variole peut tuer avant l'éruption classique, il faut remarquer que dans les cas de purpura foudroyant qui ont duré plusieurs jours on n'a pas pu constater d'autre manifestation cutanée. Chez notre malade, il n'y a pas eu trace de début d'é-

Digitized by Google

ruption de variole, de varicelle, de rougeole ou de scarlatine ; du reste son frère qui couchait dans le même lit et sa sœur qui vivait dans la même chambre sont restés jusqu'à ce jour (3 avril) en parfaite santé. Quant à la peste noire, que le Dr Gautier a évoqué naguère devant nos yeux d'une manière si vivante, je ne la mentionne que pour mémoire.

Faute de mieux, il faut donc encore appeler cette maladie purpura foudroyant, car elle rentre absolument dans le tableau qu'Hénoch en a tracé. C'est manifestement une infection suraiguë dont la rapidité d'évolution déconcerte, mais dont la cause première nous échappe pour le moment.

Nouvelle pince hémostatique

par le prof. Aug. Reverdin

La pince hémostatique nous est devenue si indispensable qu'on pourrait dire quelle est au chirurgien ce que le chien est au chasseur. Sans l'une on n'arrête guère une hémorragie et sans l'autre pas du tout le gibier !

Ce sentiment de son importance est tel que, depuis nombre d'années, elle fait l'objet de la sollicitude des opérateurs et des fabricants, chacun s'efforçant de faire mieux. Est-il besoin de rappeler la mémorable discorde Kœberlé-Péan, pour prouver l'acharnement qu'on peut mettre à détenir le record de l'hémostase !

Pour qu'elle soit bonne, une pince hémostatique doit être souple et forte, son articulation aisée et en bonne place, ses mors très exactement joints à leurs extrémités. Celles-ci auront une forme plus ou moins conique et seront lisses en tous points, sauf sur leur face interne. La crémaillère, elle aussi, mérite grande attention ; elle doit s'accrocher facilement et *tenir*. Ceci dépend non seulement de la manière dont ses dents sont taillées, mais encore de la forme, de l'élasticité et de la force des branches. Une pince qui *fait ressort* est un instrument dangereux, traître d'un instant à l'autre.

Pour nombreux que soient les modèles en usage depuis quelques années, il semble cependant qu'ils n'aient point encore atteint la perfection, car on utilise de nouveau celles à dents de souris qui à mon avis présentent cependant de réels inconvénients.

Bonnes pour saisir certains tissus, pour repérer le bord des

Digitized by Google

plaies, elles ont au point de vue hémostatique quelques désavantages. Le fil à ligature s'accroche volontiers derrière la dent centrale, pour peu que celle-ci proémine entre les deux autres, et ne glisse plus aisément à la place voulue, ou bien il s'éraille sur ces saillies, ce qui l'affaiblit précisément au point le plus important à conserver fort, celui qui étreindra le vaisseau. Parfois aussi la morsure de ces dents entame les parois artérielles

Fig. 1.

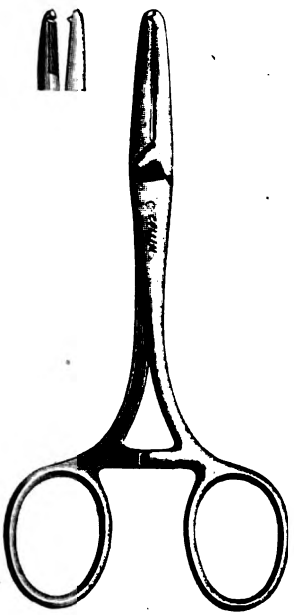


Fig. 2.

et surtout veineuses et provoque de la sorte quelque hémorragie immédiate ou secondaire.

Pour ces diverses raisons j'ai pensé qu'il serait bon d'ajouter près du bout des mors et en travers de l'un d'eux une petite éminence pyramidale, qui trouverait à se loger dans une dépression de même forme, mais un peu plus large, ménagée sur le mors correspondant. Les tissus pincés entre la saillie et la dépression, seront soumis à une constriction et à une plicature bien faites pour les retenir et pour en briser les

Digitized by Google

tuniques, s'il s'agit de vaisseaux, à en favoriser par conséquent l'hémostase.

Je crois pouvoir dire en effet que, depuis que j'utilise cet instrument, le nombre de ligatures nécessaires est moins considérable et que le fil gagne aisément sa place ne rencontrant plus sur sa route que des surfaces lisses et coniques.

Mais cet instrument doit être fabriqué avec beaucoup de soin, c'est pour cela que j'ai prié M. Collin de vouloir bien le mettre au point. L'habile fabricant me parait avoir résolu le

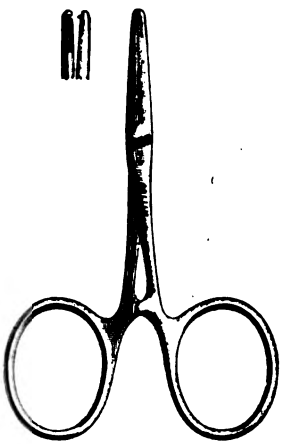


Fig. 3.

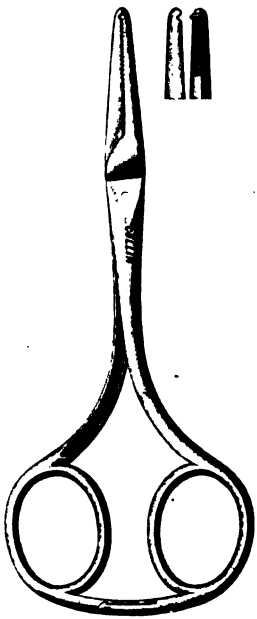


Fig. 4.

problème à la perfection. Il a établi des modèles de volumes divers (voir fig. 1, 2 et 3), dont les plus gros, armés de plusieurs saillies, conviennent à merveille pour saisir et attirer de gros pédicules, des fragments de tumeurs, les lobes prostatiques en particulier.

Comme il arrive parfois que les fils s'engagent entre les anneaux des pinces, j'ai fait établir encore, suivant en cela l'exemple de mon ami le Prof. Girard, un modèle dans lequel les anneaux sont placés en dedans des branches et reliés entre eux par une barre qui porte la crémaillère et évite sûrement le désagrément en question (fig. 4).

Digitized by Google

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE NEUCHATELOISE

Séance du 26 octobre 1905 à Auvernier.

Présidence du Dr Jacques de MONTMOLLIN, président.

23 membres présents.

M. E. WEBER, sous le titre de: *A propos du radium avec présentation d'une parcelle de cette substance,* parle des curieuses propriétés des sels de radium et de leur faculté de rendre d'autres corps radio-actifs. Il a employé jusqu'à présent son bromure de radium dans un cas de cancer de l'utérus avancé, lequel n'a pas été influencé d'une facon appréciable. Par contre, dans un cas de cancer du sein, les parties soumises à l'action du radium ont changé d'aspect, mais il n'y a pas eu de guérison, la malade n'ayant, du reste, pas voulu se prêter à des séances un peu suivies. M. Weber qui compte continuer à employer son radium estime que pour le moment son usage ne doit pas entrer dans la pratique courante du médecin.

M. G. DARDEL cite le cas d'un de ses malades atteint de cancer de l'œsophage et qu'il avait envoyé à un de ses confrères pour être traité par le radium, mais il n'y a eu aucun résultat appréciable.

M. ROULET parle de deux cas de *corps étrangers des voies respiratoires :*

Dans le premier, il s'agissait d'un fibrôme expulsé pendant un accès de toux et dont la présence se manifestait à l'auscultation par un sifflement à la hauteur de la bronche droite.

Dans le second cas, concernant un enfant, le corps étranger était un haricot ayant provoqué une pneumonie par aspiration au cours de laquelle le corps étranger fut expulsé. Dès lors, la pneumonie a récidivé six fois. L'enfant est actuellement en bonne santé.

M. Roulet cite encore un cas, observé récemment, de mort rapide par *œdème de la glotte suite de piqûre de guêpe.* La trachéotomie pratiquée immédiatement et suivie du massage du cœur ne réussit pas à ramener le malade à la vie.

M. BOURQUIN relate aussi deux cas de corps étrangers. Dans l'un on a pu faire la trachéoscopie et dans l'autre il y a eu gangrène pulmonaire.

M. J. BOREL insiste pour que dans tous ces cas on ait recours à la trachéoscopie et à la bronchoscopie qui sont sans danger.

M. BAUER présente un rapport succint sur quelques travaux du *Congrès de la tuberculose* à Paris.

Au point de vue pratique il voudrait voir l'introduction dans le canton de Neuchâtel des mesures suivantes, qu'il avait déjà préconisée il y a trois ans dans un travail sur la prophylaxie de la tuberculose :

Digitized by Google

1° Meilleure réglementation de la vente du lait, contrôle de l'Etat sur le bétail au moyen d'inspections annuelles des étables, vaccination des jeunes bovidés suivant le procédé Béhring.

2° Annonce officielle des cas de tuberculose.

3° Elaboration par l'Etat d'une loi sur la réglementation des habitations au point de vue hygiénique.

M. Bauer communique ensuite quelques notes sur les résultats qu'il a obtenus jusqu'ici dans le traitement des tuberculoses internes par l'emptoi de la *tuberculine Béraneck*. Son jugement à ce sujet ne peut être encore définitif, mais dès maintenant il n'hésite pas à reconnaître à cet agent une action thérapeutique très évidente, même sur des cas avancés, à condition toutefois que l'organisme ait encore un pouvoir de réaction quelconque. L'action de la tuberculine est naturellement au début du traitement plus manifeste vis à vis de l'état général et des symtômes généraux que vis à vis de l'état local. On constate chez la plupart des malades fébriles un abaissement de la température et même chez beaucoup d'entre eux une défervescence complète. Le nombre des pulsations suit en général la même marche que la température. L'expectoration est aussi très rapidement influencée par les injections de tuberculine, on remarque assez rapidement une diminution notable et souvent une disparition complète des crachats. L'appétit et l'état général s'améliorent parallèlement aux modifications décrites plus haut. M. Bauer obtient dans la grande majorité des cas de notables augmentations de poids. L'état local des poumons, surtout lorsque les lésions sont très prononcées, ne se modifie que très lentement, du moins autant que la percussion et l'auscultation permettent d'en juger.

La fixation d'une méthode pour ces injections est très difficile, car c'est pour elles surtout qu'il faut savoir individualiser. En règle générale pourtant on peut dire que la dose initiale doit être faible et cela d'autant plus que la tuberculose est plus avancée et d'une nature plus virulente. Les doses doivent être augmentées de façon à *éviter toute réaction* et par réaction il faut entendre non seulement une élévation de température, mais encore une accélération des pulsations ou un trouble quelconque de l'état général. Il est naturellement impossible de fixer une dose initiale ou une dose maximale, celles-ci varient d'un malade à l'autre.

M. Bauer donne ensuite une statistique des cas traités et se réserve de communiquer prochainement d'une façon plus détaillée les résultats qu'il a obtenus jusqu'ici avec les injections de tuberculine Béraneck.

M. Pettavel voudrait, à propos de cette communication, que la Société fît part au Département des Travaux publics de ses désiderata au sujet de la loi sur les habitations qui est à l'étude. Quant à l'assurance du bétail et à la vente du lait, la chose est moins facile qu'elle n'en a l'air, grâce à la question financière.

M. Bauer estime que, comparé à d'autres, le règlement de la commune de Neuchâtel n'est pas à la hauteur désirable, l'Etat devrait favoriser l'initiative privée pour l'assurance du bétail et sa vaccination.

Digitized by Google

M. Richard voudrait qu'on arrive à avoir, comme c'est le cas au Locle, un inspecteur des abattoirs qui soit vétérinaire et qui ait à sa disposition un laboratoire et tout ce dont il a besoin pour ses recherches ; il faudrait exiger que les parties trouvées malades soient détruites sous ses yeux.

M. Roulet dit qu'il faut bien distinguer entre l'injection de tuberculine de Koch à titre de diagnostic et la vaccination du bétail d'après la méthode de Behring, deux choses qui ont été confondues dans la discussion.

M. Bourquin trouve que, puisqu'il n'existe pas de loi cantonale, c'est aux communes à prendre sur elles des compétences étendues et des mesures énergiques, comme c'est le cas à la Chaux-de-Fonds.

M. Morin insiste à son tour sur les avantages de la vaccination de Behring. Quant à l'annonce obligatoire des cas de tuberculose, il la croit excellente en théorie, mais difficilement réalisable en pratique.

Au sujet de la tuberculine Béraneck, une intéressante discussion a lieu à laquelle prennent part MM. Pettavel, Bauer, Roulet, Paris, Morin, Weber et Richard. Tous ceux qui ont employé cette tuberculine s'accordent à reconnaitre les effets très encourageants qu'on en obtient et voudraient qu'on pût trouver un moyen pour améliorer et monter sur un plus grand pied le laboratoire du Prof. Béraneck, afin que la fabrication de la tuberculine puisse se faire en plus grande quantité et par là même être mise davantage à la portée de tous les médecins.

La Société vote à l'unanimité des félicitations au Prof. Béraneck pour ses recherches opiniâtres et désintéressées.

Le Secrétaire : Dr Morel.

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Séance clinique du 9 mars 1906, à l'Hôpital cantonal.

Présidence de M. Gonin, président.

80 membres présents.

Mlle *Broye*, à Lausanne, M. *Vogelsang*, à Montreux et M. *Roger de la Harpe*, à Vevey, demandent à être admis dans la Société.

M. *Félix*, directeur de l'Institut vaccinogène de Lausanne et M. le prof. *Galli-Valerio* sont félicités pour la récompense qui leur a été décernée, pour leur travaux, par l'Académie de médecine de Paris.

M. le Dr *Larguier* fait hommage à la Société d'une biographie de son père, le regretté prof. Larguier-des-Bancels.

M. Bourget présente une malade atteinte d'*albuminurie* grave, 30 ‰, dont le poids, qui était à l'entrée de 75 kilos, tombe, après neuf jours de traitement, à 49 kilos ; cette diminution est due à l'élimination du liquide et non à une perte de tissus.

M. Bourget prend occasion de ce cas pour exposer ses vues sur la

Digitized by Google

déchloruration. La vogue dont jouit actuellement cette méthode est une affaire de mode. Ses promoteurs admettent que l'eau et le chlorure de sodium traversent la membrane de Bowman ; les épithéliums sécrètent les éléments solides (acide urique, xanthine) et l'eau passe sur eux, dissolvant les substances qui se trouvent à leur surface. Le liquide, eau et chlorure de sodium, passant sur les épithéliums des canalicules contournés, serait résorbé en partie à ce niveau, ce qui serait la condition de la dissolution des éléments solides de l'urine ; la molécule de chlorure de sodium, très petite, remplacerait partout les molécules organiques bien plus volumineuses. Sitôt qu'il se produit un vide moléculaire dans les substances organiques, il serait comblé par des molécules de chlorure de sodium.

Toute cette théorie est basée sur l'étude des propriétés des membranes mortes ; or, les membranes vivantes se comportent très différemment. Les lois de l'osmose et de la diffusion ne sont pas valables pour le rein ; celui-ci élimine tout corps qui, par sa proportion, devient corps étranger et cette fonction s'exerce en dehors de toutes les lois physiques et chimiques. L'épithélium rénal peut débarrasser le sang de toutes les substances dont on le charge ; le carmin et l'indigo — ce dernier très insoluble — ont été éliminés par le rein non comme molécule, mais comme corps étrangers. Il suffit que la substance soit étrangère au sang pour qu'elle soit éliminée par le rein. Les lois de l'osmose n'ont rien à y voir ; c'est la nature chimique de la substance qui donne l'impulsion au travail rénal pour l'élimination.

Quel est le rôle des chlorures et comment s'éliminent-ils ? Le chlorure de sodium est, en somme, le seul sel inorganique que l'homme doive introduire dans le corps avec sa nourriture ; ce n'est pas un aliment de luxe, mais il répond à une nécessité de digestion ; il faut qu'il en entre une certaine quantité dans le corps. Nous introduisons encore de la potasse ; Bunge, de Bâle, a établi que les carnivores n'ont pas besoin de sel, tandis que les herbivores en ont besoin pour leur alimentation et en d'autant plus grande quantité qu'ils consomment davantage de potasse. Les rennes et les chamois, qui ingèrent beaucoup de potasse, consomment beaucoup de sel. Les chasseurs du Kamtschatka ne mangent pas de sel ; ils ont été forcés de saler leur poisson, mais ne le mangent pas. Si on essaie de manger des pommes de terre sans sel, on ne répétera pas cette expérience plus de deux fois ; la pomme de terre est, parmi les aliments usuels, celui qui renferme le plus de potasse. Le carbonate de potassium et le chlorure de sodium se transforment en carbonate de sodium et en chlorure de potassium. Le chlorure de sodium nécessaire à cette transformation est cédé par le sérum sanguin qui n'en peut abandonner plus d'une certaine quantité et il faut alors remplacer, dans l'organisme, le chlorure de sodium ainsi utilisé. C'est, d'ailleurs, un fait de statistique connu que c'est dans les pays où l'on mange le plus de pommes de terre que la consommation du sel est la plus forte.

Digitized by Google

Comment diminuer les œdèmes? Vidal donne du lait, du beurre, des pommes de terre ; le chlorure de sodium, appelé pour la transformation de la potasse, entraîne de l'eau avec lui. Les anciens médecins prescrivaient les sels de potasse et la liqueur d'acétate de potasse est encore employée avec raison comme diurétique ; c'est le meilleur, car il se transforme très facilement en carbonate de potasse qui s'élimine comme chlorure de potassium après avoir été chercher sa soude dans les œdèmes.

On a cru guérir, avec la déchloruration, toutes les maladies et on a oublié que le rein est une glande d'élimination et non de formation ; s'il était autre chose, le rein serait beaucoup plus gros, comme le foie, qui est un organe de formation. On prétend guérir l'épilepsie avec la déchloruration ; autrefois, on chlorurait le malade pour couper la crise. Potain recommandait le chlorure de sodium comme diurétique.

On a, en somme, exploité un petit fait physiologique d'une façon exagérée et dangereuse pour le public et c'est une erreur de faire croire que le sel est un aliment dangereux.

Si on suit les observations de Vidal, on voit que les malades, anéantis par la fatigue du traitement déchloruré, s'en vont ; on fait alors la contre-épreuve et on leur donne 20 grammes de sel dans du lait, dose suffisante pour rendre chacun malade.

La déchloruration n'a pas ajouté grand'chose à la thérapeutique et M. Bourget a renoncé à s'en servir ; les toniques cardiaques et les purgatifs suffisent parfaitement et donnent d'aussi bons résultats que la déchloruration. En donnant des pommes de terre sans sel, on peut, d'ailleurs, déchlorurer facilement son malade.

M. Bourget présente encore un petit appareil, de son invention, composé de tamis superposés avec ailettes mues par l'eau. Cet appareil, grâce auquel on peut, en dix minutes, débarrasser une selle de toutes les substances solubles, permet d'apprécier la valeur de la digestion intestinale, qui est commandée par la digestion stomacale.

M. Roux présente :

1° Une femme jeune, nullipare, qui s'est fait, en soulevant une marmite, un *prolapsus de la matrice*, prolapsus dont le mécanisme est absolument comparable à celui de la hernie de force.

2° Une femme qui a eu, après plusieurs couches, un *prolapsus utérin* par effondrement du plancher pelvien.

L'hystéropexie soutient le plancher pelvien par le haut. Actuellement, tout le monde coud sur le corps de l'utérus. Le procédé de Terrier a l'inconvénient qu'on ne peut serrer suffisamment les fils de l'hystéropexie ; si on ne serre pas, on risque l'éventration, si on serre trop fort, les fils déchireront l'utérus. M. Roux recommande de faire en sorte que les sutures de l'hystéropexie soient indépendantes de celles de la laparotomie, c'est pourquoi il les place verticalement de chaque côté de la ligne blanche et, pour éviter les éventrations, il conseille de prendre dans la suture péritonéale la demi-fascia postérieure.

Digitized by Google

3° Une femme opérée pour *fibrôme utérin*. L'énucléation de la tumeur a été précédée d'oophorectomie double. Cette dernière opération, aujourd'hui délaissée, donne pourtant des résultats supérieurs à ceux des autres méthodes. M. Roux a l'habitude d'hystéropexier la plaie utérine d'énucléation, ce qui rend souvent des services, l'endométrium et même le parenchyme utérin étant souvent infectés. M. Roux a vu une grossesse avec naissance à terme survenir dans un utérus dont il avait énucléé cinq fibromyomes. L'oophorectomie donne d'excellents résultats et doit être préférée à une hystérectomie difficile et offrant des risques de complications. Il faut que l'oophorectomie soit complète pour que le résultat soit bon.

4° Une malade, opérée en 1895, à l'âge de 40 ans, par l'établissement d'un *anus symphysien*, pour un *carcinôme du rectum*, ayant détruit la paroi recto-vaginale. Il s'agissait d'un carcinôme de mauvaise apparence, chez une femme jeune, grasse, avec localisation particulièrement inquiétante. L'anus symphysien est propre, fonctionne très bien, il est étanche. On taille un U dans la partie supérieure de la symphyse et on fixe l'intestin dans cette entaille. Une pelote ferme d'une manière parfaitement étanche l'anus.

5° Une femme, ayant subi l'*extirpation de l'iléo-cœcum pour tuberculose*. La pièce laissait voir une petite ulcération au pied de la valvule de Bauhin et trois petites ulcérations dans les espaces qui séparent les *haustra*. Ces lésions minimes avaient suffi pour raccourcir le cœcum, tout-à-fait télescopé, l'appendice en érection divaguait dans différentes directions. Le diagnostic était facile à faire ; la tumeur était bosselée, irrégulière, immobile ; on sentait l'iléon s'implanter dans l'axe de la tumeur. Pour faire le diagnostic de la tuberculose iléo-cœcale, la palpation est plus importante que l'anamnèse et il ne faut pas attendre les selles diarrhéiques et les hémorragies. La tuberculose iléo-cœcale est cependant difficile à distinguer du carcinôme. On a enlevé le cœcum, le colon ascendant et une partie du colon transverse par une incision de périthyphlite : cette incision étoilée réussit très bien dans ces cas-là. Il suffit de se rappeler la possibilité de sectionner à blanc la séreuse au point de réflexion du péritoine pariétal sur le viscère. Opérée le 22 février 1906, la malade se lève actuellement.

6° Un homme de 76 ans, ayant subi, le 11 février, la *prostatectomie sus-pubienne* ; c'était un prostatique rétentionniste, calculeux, infecté. La vessie renfermait plusieurs petits calculs ayant l'aspect d'osselets de grenouille, le tout conglomeré en un calcul muriforme.

7° Deux hommes, en traitement pour *fracture directe de la rotule*. Dans le premier cas, il n'y avait pas de déchirure des ailerons, traitement opératoire nul, résultat parfait. Dans ces cas-là, quelle que soit la méthode de traitement, le résultat sera toujours excellent. Dans le second cas, l'aponévrose était déchirée et on a suturé ; c'est la seule méthode de traitement. En effet, les deux fragments, recouverts de périoste, se tour-

Digitized by Google

naient le dos, ce qui empêche la guérison ; il faut les suturer. Pour diminuer les dangers de l'opération chez les malades âgés, il faut opérer sans narcose, mettre des gants et se servir exclusivement d'instruments, sans mettre les doigts dans la plaie. Au bout de deux à trois jours, on permet aux malades de se lever et, après quelques jours, on les laisse marcher dans le vélocipède.

8° Sept malades ayant été atteints de *fracture du calcanéum*. Tous les praticiens qui voient beaucoup de fractures, sont étonnés de la longue durée de l'invalidité après certaines fractures du calcanéum. En faisant abstraction des fractures verticales (par arrachement, par exemple), des fractures directes et des fractures parcellaires en général, il reste dans les fractures dites par compression ou par tassement, les plus fréquentes et les plus caractéristiques, des cas en apparence analogues avec pronostic différent.

Le Dr Bær, de Zurich, a eu l'idée de radiographier, par derrière, les fractures du calcanéum et il a trouvé, dans certains cas, un trait de fracture oblique d'arrière en avant et de dedans en dehors, séparant l'os en deux parties inégales dont l'antérieure interne se laisse abaisser par le poids du corps (*Scheerungsbruch*). Lorsqu'on regarde les mêmes pieds photographiés de côté, on n'y voit, au premier abord, que les lignes souvent multiples et toujours irrégulières d'une fracture par compression. Il était intéressant de rechercher si ce ne sont pas justement ces fractures « obliques » de Bær qui se distinguent par la longue durée d'invalidité, comme on doit s'y attendre en se rappelant la douleur accusée, en particulier sous la malléole externe, ainsi, du reste, que tous les signes propres à cette fracture en opposition aux autres. L'innocuité de la tarsoplasie, à ce point de vue, est très frappante, tandis que le glissement et la pseudorotation dans la fracture oblique expliquent amplement la gêne fonctionnelle et les douleurs. Or, les malades soignés dans le service pendant ce semestre (6 cas) comme ceux plus anciens soumis à un examen de contrôle par le Dr Mioni, de Venise, qui publiera prochainement ses observations, montrent justement que la fracture oblique de Bær est cette fracture malfamée du calcanéum à laquelle les contrats d'assurance donnent une importance encore plus grande.

M. Rossier expose ses idées sur le *traitement des rétrécissements pelviens* qu'il divise en quatre degrés ; dans le premier, rentrent les bassins de 9 à 11 cm. : dans le second, ceux de 7 à 9 cm. ; dans le troisième, ceux de 5 1/2 à 7 cm. et dans le quatrième, ceux de 5 1/2 cm. et au-dessous. Dans ces derniers, l'opération césarienne est d'une indication absolue, c'est la seule intervention possible ; dans les rétrécissements du troisième degré, on a le choix entre la césarienne, dont l'indication n'est que relative et l'embryotomie ; dans les rétrécissements du premier degré, l'accouchement se fait souvent spontanément ; les bassins du second degré, enfin, que M. Rossier envisagera seuls aujourd'hui, ouvrent la porte à toutes les opérations obstétricales : forceps, version prophy-

Digitized by Google

lactique, accouchement prématuré, symphyséotomie, pubiotomie, opération césarienne. Il ne faut pas juger d'un rétrécissement uniquement d'après les mensurations ; il faut aussi, avant de décider une intervention, prendre en considération le volume de l'enfant, l'intensité des douleurs, la primi ou multiparité et l'âge de la parturiente. Il faut, autant que possible, attendre l'accouchement spontané, observer une tactique expectative, dont les résultats, pour la mère et l'enfant, sont beaucoup plus brillants. Pour illustrer ces préceptes, M. Rossier rapporte ou présente les cas suivants :

A. *Bassins généralement rétrécis et plats.* — 1° Une III pare, 30 ans, bassin de 8 cm. ; le premier accouchement a duré cinq heures, enfant de deux kilos ; la seconde a duré neuf heures, enfant de deux kilos et demi ; la troisième, qui dura 8 heures, se fit spontanément ; présentation du pariétal supérieur ; enfant de 3360 gr., crâne fortement marqué par la symphyse et le promontoire. La seule complication a été une perforation de la lèvre antérieure du col par compression de la tête sur la symphyse. Suite de couches normales.

2° Deux primipares, âgées de 32 et 21 ans, dont le bassin rétréci et plat mesure 8 cm., taille 131 et 140 cm. On attendra le terme parce qu'on ne peut escompter ni l'intensité des douleurs, ni le degré de compressibilité de la tête fœtale.

M. Rossier rapporte un cas où, avec un bassin généralement rétréci et plat, de 8.5 cm. l'accouchement se fit spontanément après avoir duré 43 heures, dont 9 h. 15 m. pour la période d'expulsion ; ce qui a autorisé à laisser durer aussi longtemps la période d'expulsion, c'est le fait que, la tête se présentant en fort asynclitisme postérieur, la suture saggittale est revenue graduellement, quoique lentement, vers le milieu du bassin.

Il recommande de faire, pendant la période de dilatation, quand celle-ci est très lente, une injection de morphine de 1 centigr. qui régularise les douleurs. La position de Walcher, qui augmente le conjugué vrai d'un demi-centimètre, est aussi très utile dans ces cas-là.

B. *Bassins généralement rétrécis.* — 1° Une II pare, 21 ans, bassin de 8 cm. ; le premier accouchement a été très long, forceps, enfant mort-né ; lors du second accouchement, la période de dilatation dura 46 heures ; on se disposait à faire la pubiotomie, lorsqu'on constata une température de 39° ; l'engagement et la rotation de la tête se firent sur ces entrefaites ; application de forceps, enfant très gros, qui meurt une heure après la naissance. Cette femme est de nouveau enceinte et on fera ou bien la pubiotomie ou l'accouchement prématuré quatre semaines avant le terme.

2° Une femme de 25 ans, enceinte de quatre mois et demi ; primipare au point de vue obstétrical, opérée en janvier 1905 pour grossesse tubaire rompue dans la cavité péritonéale ; bassin de 9 cm., taille 137 cm. L'accouchement pourra se faire spontanément ou avec application de forceps.

C. *Bassins généralement rétrécis et en entonnoir.* — 1° Primipare de 45 ans, taille 130 cm. ; bassin en entonnoir (conjugué vrai 9 cm. ; coccygo-symphysien 7 cm.). Opération césarienne. Extirpation de trompes. Suites simples. Enfant vivant.

2° Primipare de 40 ans, taille 126 cm. Myxœdème, intellect peu développé, pas de thyroïde, teint jaunâtre, bassin de naine crétinoïde ;

Digitized by Google

conjugué vrai 8 à 9 cm. On attendra le début des douleurs et on fera l'opération césarienne, si la tête reste mobile ; si elle s'engage, on fera la symphyséotomie ou la pubiotomie.

3° Primipare de 25 ans, taille 137 cm. Conjugué vrai 8.5, bi-sciatique, 7.8. Grossesse de 37 semaines. On attendra le terme.

M. Rossier décrit la technique de l'opération de Gigli avec les modifications apportées par Döderlein et Walcher. Bumm estime que la pubiotomie sera bientôt à la portée de tout médecin et qu'il faut, après l'avoir faite, attendre l'accouchement spontané, comme le recommande Zweifel.

M. Rossier démontre encore les pelvimètres de Bylicki et d'Ahlfeld, qui permettent des mensurations beaucoup plus exactes du conjugué vrai que les procédés antérieurs.

M. Rossier termine enfin sa leçon clinique par quelques données statistiques sur les *grossesses extra-utérines* opérées dans son service, en 1904 et 1905, 19 cas, 19 guérisons. L'âge des opérées allait de 24 à 39 ans. Durée minimale entre les dernières règles et les premiers accidents : 13 jours ; durée maximale : 82 jours. Le diagnostic de grossesse extra-utérine, posé chaque fois, a été fondé, le plus souvent, sur le retard dans le retour des règles, coïncidant avec la présence d'une tumeur tubaire. Il présente une dizaine de préparations illustrant les cas qu'il vient de citer.

Le Secrétaire : Dr Edouard Cérésole.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 7 mars 1906.

Présidence de M. Bard, président.

51 membres présents.

MM. les prof. *Askanazy* et *Cristiani* et M. le Dr *Raoul Dunant* sont nommés membres titulaires de la Société.

M. Pautry communique les résultats de l'enquête faite par le Bureau de salubrité sur les cas de *fièvre typhoïde* observés aux Eaux-Vives pendant les mois de décembre 1905, janvier et février 1906.

Le nombre des cas déclarés s'élève à la fin de février à 23, auxquels il faut ajouter 3 cas, concernant des malades qui, quoique non domiciliés aux Eaux-Vives, paraissent avoir contracté leur maladie dans ce quartier, ce qui fait un total de 26 cas. Dans tout le reste du canton, pendant cette même période, il a été constaté 10 cas.

Les recherches étiologiques qui avaient porté en particulier sur le lait, les légumes, les eaux gazeuses, les eaux de puits, etc. sans arriver à aucun résultat positif, se sont éclaircies lorsqu'il parvint à la connaissance du Bureau que la plupart des malades affirmaient, de la façon la plus catégorique, boire de l'eau provenant de différentes fontaines de leur

Digitized by Google

quartier. Ces fontaines étaient alimentées par une source venant du plateau de Frontenex. Cette eau examinée vers la fin de janvier fut reconnue bonne bactériologiquement et chimiquement. Cependant en jetant les yeux sur un plan de la commune; on peut constater que tous les cas, sauf un qui est un peu excentrique et qui pour certaines raisons spéciales doit être mis à part, sont groupés autour des six bornes-fontaines utilisées par les malades. Il est donc rationnel d'admettre que cette source, polluée accidentellement et temporairement, est l'origine de cette épidémie. Cette contamination doit remonter à la fin de décembre ou au commencement de janvier, car la date de début de la grande majorité des cas est rapportée par les observateurs à la seconde quinzaine de janvier.

Dès que l'attention de la mairie fut attirée sur ces faits (fin janvier), l'eau de source fut remplacée par l'eau du lac, puisée en dessous de Pregny, et depuis le 15 février l'épidémie semble terminée.

A noter un certain nombre de petites épidémies de famille, dans lesquelles une partie des cas doit être rattachée à cette origine hydrique, mais dont quelques-uns (5) sont certainement dus à une contagion familiale, comme le montrent les dates du début.

M. Bard parle d'un malade qu'il a observé à la rue des Eaux-Vives et qui buvait de l'eau en question. Il fait part à la Société des observations qu'il a pu recueillir par l'intermédiaire de l'Hôpital sur cette épidémie.

M. E. Martin demande si l'on a procédé à des analyses d'eau.

M. Maillart demande si l'épidémie a été meurtrière.

M. Pautry n'a eu connaissance que de 3 décès sur les 26 cas déclarés. Les analyses, comme cela a été dit plus haut, n'ont pas donné de résultat positif.

M. H. Audeoud demande quelles mesures ont été prises pour faire cesser l'épidémie?

M. Pautry déclare que l'usage des sources a été interdit et que l'on ne boit dans le quartier que l'eau de la ville.

Le Secrétaire, Dr Ch. Julliard.

BIBLIOGRAPHIE

Brandeis. — L'urine normale et pathologique (Technique urologique appliquée au diagnostic). Un vol. in-16 de 312 p. avec 85 fig. et 4 planches en couleurs; Paris 1906, Steinheil.

L'auteur de ce livre consacre un premier chapitre aux notions de chimie biologique, d'histologie et de physiologie, indispensables pour comprendre le fonctionnement de l'appareil urinaire. Les éléments normaux et anormaux de l'urine sont ensuite étudiés au point de vue de leur origine, de leur recherche, de leur signification clinique. Dans la partie

Digitized by Google

microscopique, très détaillée, de nombreuses figures faciliteront la reconnaissance des sédiments. L'épreuve du bleu de méthylène et de la phloridzine, la cryoscopie, l'appréciation de la toxicité urinaire, ces méthodes accessoires d'exploration clinique indiquées dans certains cas, sont également exposées. L'essai chimique des calculs, la recherche des médicaments usuels dans l'urine, les fraudes commises par les simulateurs, sont l'objet de développements particuliers. Enfin, une large place est consacrée à la séméiologie urinaire : M. Brandeis s'attache à démontrer quelle source fertile de renseignements cliniques peut être une analyse méthodiquement interprétée. Ce petit volume d'une utilité très pratique a donc sa place marquée aussi bien dans la bibliothèque du médecin que dans le laboratoire du pharmacien ou du chimiste.

Debove, Achard, et Castaigne. — Manuel des maladies des reins et des capsules surrénales ; un vol. in-8° de 792 p. avec 22 fig., Paris 1906, Masson et Cie.

Ce volume inaugure une série de manuels qui traiteront de la pathologie spéciale des différents systèmes organiques et qui paraîtront sous la direction de MM. Debove, Achard et Castaigne, lesquels se sont assurés de la collaboration d'autres auteurs s'étant occupés plus particulièrement des maladies qu'ils se chargeront de décrire.

Ce premier manuel est consacré à l'étude des maladies des reins et des capsules surrénales, et il y a été largement tenu compte de tous les progrès que cette étude a faits grâce aux recherches récentes entreprises sur la perméabilité rénale, sur la pathogénie des œdèmes, sur le régime déchloruré, sur le traitement chirurgical des néphrites, etc., ainsi que sur les différentes affections des capsules surrénales dont toutes les lésions ne se traduisent pas, comme on le croyait naguères, par le syndrome d'Addison. Ces diverses questions sont exposées et discutées avec un judicieux sens critique.

M. Castaigne, qui s'était déjà occupé avec M. Achard de la perméabilité rénale, a écrit la plus grande partie du volume ; il traite d'abord de la structure et de la physiologie des reins, de l'examen des urines, des fonctions rénales, puis de toutes les néphrites non spécifiques, de l'albuminurie, de l'urémie, de la tuberculose des reins, etc., s'aidant de la collaboration de M. Feuillé pour exposer les questions de chimie urinaire et de celle de M. Rathery pour résumer les travaux qu'il a entrepris avec celui-ci sur l'histologie et la physiologie du tube contourné. M. Rathery s'est chargé en outre de la syphilis et des tumeurs rénales, de l'hydronéphrose, du rein flottant, et, avec l'aide de M. Lavenant pour la partie chirurgicale, de la lithiase des reins. MM. Lœper et Oppenheim ont rédigé les derniers chapitres relatifs aux capsules surrénales, sujet qu'ils avaient déjà spécialement étudié.

Ce livre, très complet au point de vue scientifique, n'en est pas moins

Digitized by Google

essentiellement pratique et les médecins y trouveront d'utiles indications tant au point de vue du diagnostic que du traitement.

M. Bonnefoy. — Simulation en aliénation (Analyse de quatorze cas cliniques); broch. in-8° de 72 p. *Th. de Genève*, 1906; Lyon. Impr. J. Poncet.

L'auteur de cet intéressant travail, fait à la clinique psychiatrique de l'Université de Genève dirigée par M. le prof. R. Weber, rapporte quatorze observations relatives à des personnes traitées à cette clinique pendant les cinq dernières années et qui ont pu à un moment donné être soupçonnées de simulation. Ces cas sont exposés d'une façon très détaillée, analysés et discutés; chez les quatorze individus six fois seulement la simulation a été reconnne être véritable.

Cette étude a amené M. Bonnefoy aux conclusions suivantes : 1° Les cas de simulation véritable sont rares. — 2° La simulation de l'épilepsie est la plus fréquente. — 3° La simulation apparait le plus souvent sur un terrain psychique anormal. — 4° Lorsque le problème légal de la simulation est posé, il ne faut pas seulement rechercher s'il y a ou non simulation, mais examiner l'état mental sans idée préconçue. — 5° L'observatian prolongée et, surtout, l'expérience peuvent seules permettre de trancher la question de simulation ou de non simulation.

W.-R. Huggard. — A Handbook of climatic treatment including balneology. (Manuel de traitement climatérique comprenant la balnéologie) ; un vol. in-8° de 536 p. avec graphiques; London, 1906, Macmillan et C°.

Le but principal de ce manuel est de donner à la thérapeutique climatérique un fondement solide, aussi l'auteur, après un exposé succinct de quelques questions météorologiques envisagées au point de vue médical, traite-t-il d'une façon détaillée de l'action physiologique des climats dont il donne une classification nouvelle adaptée aux besoins de la pratique. Il cherche aussi à établir les principes qui doivent guider le médecin dans le choix des stations et des eaux minérales qu'il range dans l'ordre de leurs indications thérapeutiques. Ses derniers chapitres sont relatifs aux maladies auxquelles les traitements climatérique ou balnéaire sont particulièrement applicables.

Société de crémation de Genève. Bulletin VI; broch. in-8° de 40 p. avec 3 fig. Genève 1906, Impr. Jarrys et fils.

C'est toujours l'infatigable président de la Société de crémation, M. Reber, qui a rédigé ce Bulletin; il y a inséré le compte rendu d'une conférence faite par lui à Genève et à Lausanne, où il expose les principaux avantages de la crémation et réfute les objections faites à celle-ci ; il s'y occupe principalement du côté médico-légal de la question

Digitized by Google

et s'oppose en particulier à l'obligation de l'autopsie préalable toutes les fois que la cause de la mort n'est pas suspecte, car cette obligation détournerait bien des personnes de la crémation. Le Bulletin se termine par un rapport sur les démarches faites en faveur de la fondation d'une Fédération générale de toutes les sociétés de crémation en Suisse et par un article sur les Parcs aux urnes illustré de figures représentant les parcs de Francfort sur le Mein et de Hambourg et le crématoire de Mayence.

Balthazard. — Précis de médecine légale, un vol., petit in-8° de 408 p., avec 39 fig. et 2 pl. en couleurs. Paris 1906, J.-B. Baillière et fils.

Ce précis, dans lequel l'auteur, prof. agrégé à la Faculté de Paris, résume d'une façon très claire les notions de médecine légale que doivent posséder les étudiants, est le premier volume de la *Bibliothèque du doctorat en médecine* qui paraîtra sous la direction de MM. Gilbert et L. Fournier et qui se composera de trente volumes entre lesquels seront réparties toutes les branches de l'enseignement médical.

VARIÉTÉS

Compte rendu sur la jurisprudence et la littérature médicale spéciales aux accidents de travail [1].

Hydrocèle et Accident

L'influence du traumatisme dans la production de l'hydrocèle n'est pas encore nettement définie par la science, aussi le médecin expert éprouve-t-il parfois quelque difficulté à en déterminer la valeur précise et exacte dans certains cas particuliers. Voici quelques documents qui pourront, à l'occasion, servir de base à une appréciation médicale dans ce domaine.

Citons d'abord deux expertises, suivies de jugement :

I. Le Prof. Körte, dans un rapport adressé à l'office impérial allemand des assurances (voir : *Amt. Nach. d. R. V. A.*, 1900, p. 726) se prononce de la manière suivante :

Le tribunal ayant demandé si les conditions requises pour la production d'une hernie peuvent également s'appliquer à l'hydrocèle, l'auteur répond négativement.

« L'hydrocèle, dit-il, constitue une tout autre affection, anatomiquement, que la hernie. Elle se produit soit d'elle-même (souvent elle est congénitale), soit à la suite d'une inflammation chronique du testicule ou de l'épididyme, enfin elle peut apparaître à la suite d'un traumatisme, — en général,

[1] Voir les numéros précédents.

Digitized by Google

plus souvent après un traumatisme unique et violent qu'après de petits traumatismes répétés, tels que pressions, irritations, etc. — qui atteignent directement la vaginale.

La production de l'hydrocèle à la suite de l'effort déployé pour soulever un poids lourd n'est pas prouvée et est invraisemblable[1].

L'auteur n'admet pas la relation entre l'accident et la maladie pour le cas qui fait l'objet du litige (l'accident avait consisté dans un violent effort fait pour soulever une barre de fer), car on aurait dû trouver, à la ponction, du sang ou un mélange sanguin, ce qui n'a pas été le cas. En outre comme on a constaté, chez le malade en question, que le testicule était fortement augmenté de volume et que l'épididyme était également gros, il faut admettre que l'hydrocèle est ici la conséquence d'un processus inflammatoire et non de l'accident.

Les conclusions de ce rapport ont été confirmées par jugement de l'office impérial des assurances, qui a débouté l'ouvrier.

II. Le Prof. Thiem, à propos d'un cas un peu différent qu'il a eu l'occasion d'expertiser — et à l'appréciation duquel le tribunal (corporatif) avait appliqué, à tort, les conclusions du rapport de Körte que nous venons de citer — a publié dans le dernier numéro du *Monatschrift für Umfallheilkunde* (1906, n° 3) une intéressante communication sur la question, basée sur la comparaison des deux cas. Nous en extrayons les principaux passages.

Et d'abord voici les faits : Un mécanicien, âgé de 40 ans, maniant, de toutes ses forces, une clé spéciale, en étant juché sur deux échelles, vint frapper avec son scrotum contre un échelon. Il « vit noir » tout à coup, descendit péniblement de l'échelle et s'assit, courbé en deux par la douleur. Cela dura une demi-heure jusqu'à ce qu'il pût se relever. Ceci se passait le 9 septembre 1904.

Le 12 novembre suivant, un médecin constata un gonflement du testicule. Une ponction pratiquée dans la vaginale ramena du liquide ne présentant pas de coloration sanguine. A l'occasion de nouvelles ponctions, on constata que l'épididyme était augmenté de volume.

La corporation écarta la possibilité d'une lésion due à l'accident prétendant que l'hydrocèle s'était développée à la suite d'une maladie inflammatoire. Si la maladie était survenue à la suite de l'accident, la première ponction aurait dû ramener un mélange sanguinolent comme l'a déclaré le Prof. Körte dans une expertise faite pour le *Reichsversicherungsamt* (voir le cas précédent).

Thiem reconnait que les deux cas ne sont pas comparables, puisqu'il s'agit, dans le premier, d'un effort et dans le second, d'un choc direct. Aussi le tribunal a-t-il eu tort d'appliquer, sans modifications, à l'un, les données admises pour l'autre.

Thiem déclare en outre, *qu'on ne peut admettre la production d'une hydrocèle comme consécutive à un effort que s'il y a eu dans la synoviale un*

[1] C'est nous qui soulignons.

Digitized by Google

épanchement sanguin ayant produit ensuite, par inflammation chronique des parois de la séreuse, l'affection en question (hématocèle transformée en hydrocèle). Dans ce cas, pour que la relation entre l'accident et la maladie soit admise, il faut que cet épanchement sanguin soit constaté par une ponction faite *peu de temps après l'accident.*

Quant à la *contusion, il n'est pas nécessaire qu'elle ait provoqué un épanchement sanguin dans la séreuse pour devenir l'origine d'une hydrocèle.* Cela peut avoir lieu dans certains cas, il est vrai, mais en général il se produit dans le tissu même de l'épididyme, par le choc, de petites hémorragies qui ne parviennent pas jusque dans la séreuse. Cette contusion de l'épididyme a pour conséquence une inflammation de l'organe, et cette inflammation provoque la formation de l'hydrocèle. Il est fort compréhensible que dans ce cas on ne trouve pas de sang à la ponction, mais que, par contre, l'épididyme soit augmenté de volume.

La présence ou l'absence du sang ne constitue du reste pas un symptôme probant en faveur de l'origine accidentelle (contusion) de la maladie, car dans les hydrocèles très remplies et consécutives à des épididymites blennorragiques, il peut aussi se former de petites hémorragies par distension des parois. La présence de cette hémorragie, par contre, devra être constatée pour établir l'origine traumatique de la lésion, si l'ouvrier prétend que cette dernière a été causée par un effort.

La présence d'un épididyme ou d'un testicule augmentés de volume ne parle pas contre l'origine traumatique de l'hydrocèle, à moins que cette augmentation ne puisse être expliquée par une autre cause; en effet, Thiem prétend qu'elle se rencontre dans toutes les hydrocèles, quelle que soit leur provenance.

Il est d'avis également que la contusion de l'épididyme est la cause la plus fréquente de la production des hydrocèles. Il cite à l'appui de cette assertion les statistiques d'Esmarch, de Kocher et de Volkmann qui accusent respectivement le 30 %, le 46,6 % et le 70 % des hydrocèles comme étant d'origine traumatique. Les hydrocèles congénitales seraient provoquée par une contusion au moment de la naissance (!).

L'écart entre ces différents chiffres est de nature à diminuer notre confiance dans la valeur de ces statistiques, car il fait penser que leurs auteurs ne se sont peut-être pas servi de la même base d'appréciation.

La blennorragie serait, après le traumatisme, la cause la plus fréquente de l'hydrocèle : d'après Baum, Langenbeck et Volkmann les hydrocèles d'origine blennorragique constitueraient le 11 à 12 % des cas, d'après Barthels le 19 %.

Thiem fait remarquer en outre que depuis que l'usage de la bicyclette est si répandu, la fréquence de l'hydrocèle traumatique a augmenté.

Dans les cas où le rapport entre l'accident et la maladie est admis, l'incapacité de travail peut être évaluée en moyenne à 10 %.

III. — Kaufmann, dans son traité sur les accidents du travail (2e édit., Stuttgart, 1897) rappelle que pour que l'hydrocèle soit considérée comme produite par un accident, il faut :

Digitized by Google

a) que le travail soit suspendu de suite après l'accident, et que le malade réclame aussitôt les secours d'un médecin.

b) que l'on constate rapidement après l'accicent une tuméfaction scrotale.

On ne peut faire un grief à la victime, lors de la détermination de l'indemnité à lui accorder, de ne pas vouloir se laisser opérer.

IV. — Pour terminer, nous mentionnerons encore la thèse de Fürth (Bonn 1904, ref. in *Monat. f. Unfallh.* 1905, n° 1, p. 31) qui nous paraît résumer pratiquement la question. En voici les conclusions :

1. *Un traumatisme direct du testicule ou de son voisinage peut produire une hydrocèle chez un individu sain.*

2. — *Un traumatisme occasionne facilement la production d'une hydrocèle quand il agit sur une partie déjà malade du testicule, de l'épididyme ou des parties voisines.*

3. *Une hydrocèle préexistante peut être aggravée par un traumatisme.*

Se fondant sur 27 expertises concernant des cas de ce genre. l'auteur détermine les conditions qui doivent être requises pour que l'affection soit considérée comme consécutive à l'accident :

1. *Une réelle contusion de la vaginale ou de ses environs doit avoir eu lieu et, en fait, pouvoir être prouvée.*

2. *Un effort déployé pour soulever un fardeau, un saut, un effort exagéré ou autre cause semblable, ne peuvent être considérés comme cause de l'affection, que si toute autre cause peut être exclue avec certitude, et que si il existe certaines circonstances concomitantes telles que : douleur, incapacité de travail. inflammation du testicule, épanchement sanguin, etc.*

En tous cas, le malade doit déclarer son affection rapidement après l'accident; dans les cas où cette déclaration n'est faite que plusieurs semaines ou plusieurs mois plus tard, et lorsque l'hydrocèle a un volume qui ne cadre pas avec le temps pendant lequel elle a pu évoluer, on doit être extrêmement circonspect.

Pour ce qui concerne la réparation financière à accorder dans ces cas, l'office impérial allemand a décidé qu'il n'y avait lieu à aucune indemnité dans les cas de petites hydrocèles, simples, car elles n'entravent pas la capacité de travail du malade, et occasionnent moins de douleurs qu'une hernie.

Mais si l'hydrocèle, par son poids, exerce des tractions sur le cordon et provoque par là des douleurs, il faut admettre une incapacité de travail égale à 10 %. Si l'hydrocèle est très volumineuse, entrave la marche ou exerce une influence fâcheuse sur la puissance génitale du malade, si elle nécessite de fréquentes ponctions et le port d'un suspensoir, on peut aller jusqu'à 25 %.

Il ne faut conseiller l'opération aux ouvriers atteints de cette affection, qu'avec beaucoup de prudence, car elle peut avoir pour conséquence la formation de cicatrices épaisses et douloureuses, en sorte que le malade se plaint plus de douleurs après l'opération qu'il ne le faisait auparavant.

Digitized by Google

Evaluation des incapacités permanentes

L'évaluation en pour cent des incapacités permanentes des victimes d'un accident du travail constitue pour le médecin chargé d'une expertise un des points les plus délicats de sa mission.

L'homme n'est pas une machine, et il existe tant d'éléments divers qui peuvent influencer les effets d'une lésion anatomique accidentelle que l'appréciation de ces incapacités est vouée à de grandes fluctuations.

Il est non seulement nécessaire de déterminer le déchet organique, anatomique qui résulte d'un accident, mais encore le déchet physiologique et le déchet psychique qu'il entraîne.

C'est ici qu'entrent en jeu et l'aptitude de l'ouvrier à accomplir son travail, et ses habitudes personnelles et sa puissance d'adaptation à un travail un peu différent, enfin les nécessités elles-mêmes de ce travail, etc.

Combien d'erreurs ne commettons-nous pas à chaque instant sous ce rapport ! Combien de fois l'incapacité de travail que nous avons évaluée correspond-elle à celle dont l'ouvrier fera preuve dans la suite !

Pour s'en rendre compte il serait fort intéressant de comparer une fois, dans une statistique un peu étendue, l'écart entre le salaire gagné par la victime, avant et après l'accident, avec le pourcentage d'incapacité indiqué par le médecin.

Les quelques faits que nous connaissons, dans cet ordre d'idées, sont pour nous faire penser que cette recherche nous réserverait de curieuses et d'instructives surprises.

Mais il ne peut en être autrement. Quel que soit le soin apporté par l'expert dans la détermination et l'évaluation des incapacités permanentes, il a affaire à trop d'inconnues pour qu'il lui soit matériellement possible de se rapprocher beaucoup de la vérité.

Le rapport[1] qu'a présenté au dernier congrès des accidents du travail, à Liège, le Dr Ch. Rémy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est cependant destiné à venir en aide au médecin qui doit pratiquer une évaluation de ce genre.

Fondé sur l'étude approfondie de la physiologie des fonctions ouvrières des diverses partie du corps, il tend à proportionner mieux qu'on ne le fait d'habitude, l'évaluation des suites d'une blessure au point de vue de la capacité de travail à la suppression réelle des fonctions de la partie lésée.

Pour cela, l'auteur a recherché dans diverses parties du corps *les fonctions plus spécialement nécessaires à l'ouvrier* et a résumé le résultat de ses recherches en un petit tableau de quelques lignes, facile à consulter. Ce travail, qui ne supprime pas certains aléas inhérents à la matière qu'il traite, constitue un document précieux dont tout médecin expert saura apprécier la valeur.

Dr Ch. Julliard

Avril 1906

[1] Ch. Rémy. L'évaluation des incapacités permanentes basée sur la physiologie des fonctions ouvrières des diverses parties du corps. Paris, 1905, Vigot frères.

Digitized by Google

Congrès d'anthropologie criminelle. — **Le sixième congrès international d'anthropologie criminelle se tiendra à Turin du 28 avril au 3 mai 1906. Il sera suivi d'une excursion dans la vallée d'Aoste. S'adresser pour renseignements au Secrétariat général, 26, Via Michelangelo, Turin.**

Caisse de secours des médecins suisses. — Dons reçus en Mars 1906.

Appenzell. — Dr H. Christ, fr. 10, (10).
Argovie. — Drs C. Frey, fr. 20; A. Keller, fr. 15; Weibel fr. 20; Freiämter Aerzte Gesellschaft par M. le Dr P. Ruepp, fr. 100; Rychner, fr. 10; Widmer, fr. 20; G. Amsler, fr. 20, (205+50=225).
Bâle-Campagne. — Drs Rippmann, fr. 25; Medecin. Gesellschaft des Kantons, par M. le Dr Rippmann, fr. 100; Schänblin, fr. 20, (145+25=170).
Bâle-Ville. — Drs F. B.-A. fr. 50; C. H.-P. fr. 20; Hallauer, fr. 25; A. H.-P., fr. 20; E. Markees, fr. 25; A. S., fr. 20; Tramér, fr. 30, (190+100=290).
Berne. — Drs A. von Ins, fr. 10; Kronecker, prof., fr. 20; von Mandach, fr. 20; E. von May, fr. 10; Niehans, prof., fr. 25; W. Ost, fr. 10; W. Sahli, fr. 10; M. Stooss, prof., fr. 20; Tavel, prof., fr. 50; Tschlenoff, fr. 20; H. Rummel, fr. 10; Ganguillet, fr. 10; Willcuer, fr. 10; H. Brand, fr. 10; E. Schwander, fr. 10; C. von Sury, fr. 10; F. Oetiker, fr. 25; Mme A. Oetiker, fr. 25, Gutjahr, fr. 20, (325+230=555).
St-Gall. — Drs J. Custer, fr. 10; Anonyme, fr. 30; Th. Wartmann, fr. 20; H. Naegeli, fr. 20; Sulger-Buel, fr. 10, (90+160=250).
Genève. — Drs E. Andreæ fr. 20; E. Martin, fr. 100, (120+90=210).
Glaris. — Dr Fritzsche, fr. 20, (20).
Grisons. — Drs Bandli, fr. 10; Huggard, fr. 50; L. von Muralt, fr. 20; L. Spengler, fr. 50; Hofrat Turban, fr. 20; Hofrat Vòlland, fr. 10; van Voornveld, fr. 10; A. Plattner, fr. 10; R. von Yecklin, fr. 10, (190+30=220).
Lucerne. — Drs S. Stocker, fr. 20; H. Attenhofer, fr. 20; C. Næf-Dula, fr. 20; N., fr. 50, (110+20=130).
Neuchâtel. — Dr Weber, fr. 10, (10+20=30).
Schaffouse. — Dr H. Henne, fr. 10, (10+5=15).
Schwyz. — Drs Vonmoos, fr. 10; Koller, fr. 10; C. Real, fr. 10; 30+30=60).
Soleure. — Drs H. Hunziker, fr. 50; A. Christen, fr. 20; W. et R. Christen, fr. 20, (90+20=110).
Thurgovie. — Drs J. G. à F., fr. 10; O. Isler, fr. 10; C. Brunner, fr. 10; Binswanger, fr. 200, (230+110=340).
Vaud. — Dr F. Bally, fr. 30, (20+170=200).
Zoug. — Dr Imbach, fr. 20, (20+30=50).
Zurich. — Drs Riedweg, fr. 10; Gesellschaft der Aerzte vom Zürcher Oberland, par M. le Dr F. Peter, fr. 100; E. Schneiter, fr. 10; Matter, fr. 10; F. Hauser, fr. 5; C. Hauser, fr. 10; R. Stierlin, fr. 20; T. B., fr. 20; Bircher, fr. 20; Bleuler, prof., fr. 5; J. Dubs, fr. 10; A. Fick, fr. 10; G. Haemig, fr. 20; Mme M. Heim fr. 20; Laubi, fr. 20; von Monakow prof., fr. 30; O. Schmid, fr. 20; H. Wehrli, fr. 20; Z., fr. 10, (370+200=570).

Ensemble, fr. 2195. Dons précédents de 1906, fr. 1400. Total, fr. 3595.

De plus pour la fondation *Burckhardt-Baader;*
St-Gall. — Dr Th. Wartmann, fr. 10, (10).
Dons précédents de 1906, fr. 20. Ensemble, fr. 30.

Bâle, 1 Avril 1906. *Le Caissier :* Dr P. Von der Mühll
Aeschengraben, 20

Genève. — Société générale d'imprimerie, Pélisserie, 18.

Digitized by Google

eurs le 1er et le

AOU

AOU

AOU

nie le 15 Juin

AOU

Digitized by Google

Digitized by Google

XXVIme ANNEE. — N° 5. 20 MAI 1906.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

De la péritonite aiguë généralisée à pneumococques

par le Dr Eugène PATRY.

Depuis le jour où Bozzolo[1], en 1885, publia la première observation de péritonite à pneumococques, les cas se sont multipliés et un certain nombre de revues d'ensemble ont paru sur cette question.

De l'avis de tous les auteurs qui s'en sont occupés, il faut distinguer deux formes de la maladie : 1° la forme chronique, 2° la forme aiguë.

Tandis que la première, avec ses symptômes atténués, avec sa tendance à la localisation au voisinage de l'ombilic, avec sa marche vers la guérison spontanée par l'ouverture de l'abcès à la peau et avec son pronostic relativement bénin, présente un tableau caractéristique qui permet souvent d'en poser le diagnostic, la seconde offre un tout beaucoup moins net et un pronostic bien autrement sérieux.

Ces quelques lignes n'ont pas pour but d'étudier la forme chronique de la péritonite à pneumococques ; elle a, en effet, été l'objet de nombreuses publications dont je ne puis citer ici que les plus récentes et les plus importantes ; Michaut[15], dans sa thèse inaugurale, en fait la première revue d'ensemble et réunit 33 observations ; le prof. Stoos[20], de Berne, basant son travail sur 4 cas personnels, publie le premier mémoire qui ait paru en allemand ; le Dr Jensen[10], de Copenhague, rassemble, enfin, 106 cas de la maladie.

Je ne m'occuperai donc que de la péritonite aiguë généralisée à pneumococques qui, du reste, a été étudiée par les mêmes auteurs, mais qui mérite pourtant, à mes yeux, de retenir l'attention des médecins et des chirurgiens.

Digitized by Google

Voici l'observation du cas qui fait l'objet de cette étude ; je la ferai suivre des quelques réflexions qu'elle peut comporter.

B. X., âgée de 5 ans, habituellement bien portante, souffre, à diverses reprises, de vaginite. Rien, dans les antécédents, ne permet de penser à une tare héréditaire quelconque.

Le 20 août 1904, elle est prise, subitement dans l'après-midi, de violentes douleurs abdominales et vomit. Le médecin pose le diagnostic d'embarras gastrique et ordonne de l'huile de ricin qui amène des selles diarrhéiques. Deux jours après, l'état ayant empiré et le médecin habituel ayant dû s'absenter, les parents font chercher M. le Dr Thomas qui diagnostique une péritonite et envoie la petite malade à l'hôpital du chemin Gourgas où elle entre le 24 août, dans l'après-midi.

Je la vois à 7 h. du soir et trouve une petite fille bien conformée pour son âge ; pas de rachitisme. Respiration accélérée à type costal; l'auscultation ne décèle rien d'anormal. Agitation. Pouls 136 à la minute, régulier, assez plein ; température 39°. Facies abdominal assez prononcé, yeux excavés, nez effilé, langue sèche ; l'enfant n'a pas vomi depuis son entrée à l'hôpital. Haleine mauvaise.

L'abdomen est fortement et uniformement ballonné ; vives douleurs spontanées que l'enfant localise au voisinage de l'ombilic. Il existe de la défense musculaire manifeste. La palpation de l'abdomen, presque impossible à cause de la défense musculaire, provoque de vives douleurs, principalement dans la fosse illiaque droite où la résistance paraît être plus prononcée. On ne peut, toutefois, pas sentir le gâteau périthyphlitique. La percussion ne décèle, nulle part, de matité. L'état général est mauvais.

Le toucher rectal ne fait rien trouver d'anormal.

Le diagnostic de péritonite aiguë s'impose. Le point de départ de cette affection nous paraît devoir être l'appendice, étant donné : 1° la douleur exagérée par la palpation de la fosse illiaque droite ; 2° la résistance plus prononcée de cette région à la palpation ; 3° le fait que l'immense majorité des péritonites aiguës de cet âge proviennent de l'appendice.

Vu le mauvais état général, le ballonnement de l'abdomen et le diagnostic, nous décidons une intervention immédiate, pensant que renvoyer la chose au lendemain nous exposerait à faire, non pas une opération, mais une autopsie.

Opération le 24 août, à 8 h. du soir, soit quatre jours et demi après le début des accidents.

Narcose à l'éther. Incision sous-ombilicale médiane. A l'ouverture de la cavité péritonéale, il s'écoule environ 150 grammes de liquide séropurulent *sans odeur*. Une certaine quantité de ce liquide est recueillie pour un examen bactériologique.

Le péritoine est hypérémié ; les anses intestinales hypérémiées sont fortement distendues par les gaz ; elles sont recouvertes par des fausses membranes fibrineuses remarquables par leur épaisseur et leur étendue.

Digitized by Google

Nulle part, on ne peut sentir de cloisonnement, de loges. Les anses intestinales ne sont nulle part adhérentes entre elles à l'exception de celles contenues dans la fosse iliaque droite, où elles forment un paquet et où les fausses membranes sont plus nombreuses.

Je pratique alors, à la paroi abdominale, une incision perpendiculaire à la première, afin de permettre un examen plus approfondi. Au centre du paquet formé par les anses intestinales adhérentes se trouve un organe que je prends pour l'appendice enflammé et que je résèque après l'avoir ligaturé à sa base et avoir suturé le péritoine par dessus.

Lavage abondant de toute la cavité abdominale, à l'eau salée. Suture par étages des parois abdominales. Un gros drain est placé dans chaque fosse iliaque et sort par la plaie. Pansement. Injection de 100 grammes de solution physiologique d'eau salée sous la peau.

L'enfant a relativement bien supporté l'intervention qui a duré une demi-heure.

Le lendemain, l'état est stationnaire ; injection de 200 grammes d'eau salée.

L'enfant est placé en *décubitus ventral,* position récemment recommandée par le prof. Küster[11], de Marbourg.

Le pansement est fortement imbibé de pus ; je pratique une irrigation abdominale, avec de l'eau salée, jusqu'à ce que le liquide injecté par un des drains ressorte clair par l'autre. La nouvelle position est très bien supportée.

Le 26 août, le ballonnement a diminué ; la défense musculaire est moins prononcée. On constate, néanmoins, de la dyspnée qui oblige de remettre la petite malade en décubitus dorsal. L'écoulement, par les drains, se fait moins facilement dans cette nouvelle position.

A l'auscultation, on entend une respiration un peu rude à la base du poumon gauche, où la percussion décèle de la submatité.

Les jours suivants, les symptômes abdominaux cèdent peu à peu, la langue devient humide, le ballonnement diminue, les intestins reprennent leurs fonctions normales, mais la température reste encore élevée : 38° le matin, 39,5° le soir.

La plaie a très bon aspect ; l'écoulement de pus diminue rapidement ; j'ôte un des drains le quatrième jour, le second, le huitième jour. Les sutures sont enlevées le dixième jour ; à ce moment, la cicatrisation est complète, à l'exception de la place occupée par les drains.

Tout le tableau est alors « pulmonaire ». Il se développe une pneumonie du lobe inférieur gauche puis une pneumonie droite et, enfin, une pleurésie droite caractérisée par une matité remontant jusqu'au milieu de l'omoplate et l'abolition complète du murmure vésiculaire.

Ces diverses manifestations pulmonaires ont rétrocédé normalement sans qu'il ait été nécessaire ni de ponctionner la plèvre, ni de pratiquer l'empyème.

Le 19 septembre, en changeant le pansement, on voit sortir par la

Digitized by Google

plaie, qui a le diamètre d'une pièce de deux francs, un paquet de tissu sphacélé (épiploon ?), suivi d'environ vingt grammes de pus bien lié et inodore.

Les jours qui suivent font croire à la convalescence, mais la température reste élevée ; l'enfant se plaint de nouveau de son ventre ; elle a de la peine à se tenir assise sur son lit, ce qu'elle faisait très facilement auparavant ; elle se penche en avant et redoute qu'on l'oblige à se redresser. Un examen de l'abdomen ne permet pas de constater quoi que ce soit d'anormal.

Le 7 octobre, après avoir passé une journée angoissée, l'enfant est prise, subitement, d'un *vomissement* mélangé de bile et de pus. La température tombe alors et l'enfant entre définitivement en convalescence.

La plaie se cicatrise normalement et l'enfant quitte l'hôpital, guérie, le 19 novembre.

L'examen bactériologique du liquide séro-purulent recueilli au moment de l'opération, a permis de constater la présence de pneumococques sans association d'autres microbes.

L'examen histologique de l'organe excisé pour pris l'appendice a montré qu'il s'agissait de l'ovaire et d'une partie de la trompe.

En résumé, il s'agit, dans ce cas, d'une péritonite aiguë due au pneumococque, péritonite qui a débuté brusquement le 20 août 1904 et a nécessité l'opération d'urgence le 24 aout au soir, soit quatre jours et demi après le début de la maladie.

La péritonite a été générale d'emblée, sans localisation.

Plus tard, soit environ cinq semaines après, péritonite circonscrite chronique, avec formation d'un abcès limité, qui s'est vidé, bien probablement, dans l'estomac et dont le pus a été évacué par un vomissement.

En outre, il s'est développé, comme conséquence de l'infection pneumococcique et après la péritonite : 1° une pneumonie de la base gauche ; 2° une pneumonie de la base droite ; 3° une pleurésie droite, affections qui ont guéri normalement.

Ce cas mérite quelques réflexions.

I. *Diagnostic.* — Celui de péritonite ne comporte pas de discussion ; il s'imposait le 24 août, lorsque je vis, pour la première fois, la petite malade.

Le point qui présente de l'intérêt est le diagnostic de la cause de cette péritonite.

Tout d'abord, j'ai commis une erreur en croyant qu'il fallait, une fois de plus, rendre l'appendice responsable des accidents péritonitiques ; cet organe est déjà assez souvent le coupable pour qu'on doive l'absoudre dans ce cas.

Digitized by Google

Je suis, du reste, en bonne compagnie si je n'ai pas, avant l'opération, posé le diagnostic exact. Bien rares sont les cas, dans la littérature, où celui-ci a été posé lorsqu'il s'est agi de péritonite aiguë à pneumococques. Ni Stoos[20], ni Brun[5], ni Nanu[16] n'ont pensé à la vraie cause avant l'opération.

Broca[2] a, dans un cas, émis l'hypothèse que la péritonite aiguë était occasionnée par le pneumococque. Il avait fait le diagnostic d'appendicite, mais la constatation d'une péritonite atteignant le douzième jour sans déterminer la mort et sans signe de foyer localisé, le fit songer au pneumococque. Son cas était, du reste, spécial et pour le moins subaigu ; l'abdomen de son malade était souple ; il existait une sensation de flot, etc., symptômes qui, ordinairement, n'existent pas dans cette variété de péritonite aiguë. C'est pourquoi on ne saurait ranger cette observation dans le nombre des inflammations vraiment aiguës de la grande séreuse.

Le diagnostic exact a été posé avant l'intervention dans de nombreux cas de péritonite *chronique* à pneumococques, mais le tableau de cette forme de la maladie est trop différent pour qu'on puisse utilement en tirer des leçons.

Les auteurs qui ont publié des cas semblables ont tous, pour ainsi dire, commis la même erreur que moi et ont cru à l'appendice comme point d'origine.

Haim[8] est le premier, à ma connaissance, qui ait posé le véritable diagnostic ; chez une jeune fille de 9 ans qui, le 7 octobre 1904, fut prise de douleurs abdominales avec fièvre, vomissements, etc. et envoyée à l'hôpital le 12, soit cinq jours après le début, avec le diagnostic de fièvre typhoïde, il fit l'examen du sang et reconnut une leucocytose élevée ainsi qu'un épais et riche amas de fibrine. Se fondant sur le résultat de cet examen, il posa le diagnostic de péritonite à pneumococques, diagnostic qui fut confirmé à l'examen bactériologique.

Bryant[4] voit, le 11 mai 1901, une fillette de 4 ans dont la maladie remonte à 48 heures. Il diagnostique une péritonite purulente à pneumococques, ce que vient confirmer l'examen bactériologique, mais il ne nous dit pas sur quoi il se fonda pour établir son diagnostic.

Ce sont les deux seuls cas que j'ai pu retrouver dans la littérature où l'hypothèse a été formulée — et avec succès — avant l'opération.

Digitized by Google

Dans le cas qui fait l'objet de cette étude, j'estime qu'on aurait pu y songer. Il n'existe pas de symptôme propre à la péritonite aiguë due au pneumococque, mais de la somme des divers symptômes, existant il est vrai, mais à titre d'exception dans les autres variétés de péritonite, j'aurais pu faire au moins un diagnostic de probabilité :

a) Le début brusque de la maladie n'est pas un élément de diagnostic ; il est commun à la plupart des péritonites, mais, à part un vomissement, il n'y eut pas de symptômes d'occlusion intestinale ; il existait, il est vrai, un fort ballonnement abdominal, mais l'intestin avait conservé ses mouvements péristaltiques ; on observait de la diarrhée plutôt que de la constipation.

b) La température était et avait été, dès le début, trop élevée pour être occasionnée par une péritonite par perforation. Il n'y eut jamais le shock si caractéristique de la perforation.

c) L'abcès périty phlitique n'avait jamais été constaté, non plus qu'une autre cause quelconque.

d) L'état général était mauvais, mais le tableau aurait, à mon avis, été autre et pire quatre jours et demi après le début d'une péritonite aiguë d'une autre nature.

Pour ces diverses raisons accumulées, sans qu'aucune d'entre elles soit suffisante à elle seule, je le répète, j'estime qu'on aurait pu établir le diagnostic exact, mais il fallait y songer. Ce qui rendait la chose difficile, est le fait que le péritoine a été le premier en date des organes atteints par l'infection pneumococcique.

Le fait de ne pas faire un diagnostic exact n'a pas, à mes yeux, une importance pratique très considérable. Celui de péritonite aiguë suffit, car il comporte le même traitement : l'incision, la recherche de la cause de la maladie, le lavage et le drainage de la cavité péritonéale infectée.

II. *Evolution de la maladie.* — Dans le cas qui fait l'objet de cette publication, il s'est agi d'une infection générale par le pneumococque. Elle a débuté par le péritoine et a eu une marche ascendante, si je puis m'exprimer ainsi ; les deux poumons, en effet, ont été atteints ensuite, d'abord le gauche, faiblement, puis le droit et, enfin, la plèvre droite.

Je n'ai pu retrouver que trois cas de guérison de péritonite aiguë à pneumococques dans la littérature ; ce sont ceux de Nanu [16], de Stoos [20] et de Brun [3]. Dans tous les trois, le péritoine a été la seule localisation de l'infection et la maladie a

Digitized by Google

guéri dans les trois cas sans complication, à part peut-être dans celui de Brun, relatif à une jeune fille à laquelle il dut, six semaines après la laparotomie, inciser un abcès localisé de la fosse iliaque. Il y a eu probablement chez cette malade, ce qui a été observé également dans notre cas, formation d'une péritonite circonscrite par des adhérences.

Mon cas est le seul, à ma connaissance, où, malgré une double pneumonie et une pleurésie, la guérison a été obtenue.

Les complications sont-elles fréquentes dans la péritonite à pneumococques ? Sur 33 cas, dont j'ai pu me procurer les observations, on trouve : 1° 4 guérisons, 1 avec complications et 3 ayant évolué simplement ; 2° 29 morts, dont 15 dans des cas où le péritoine seul avait été intéressé et 14 dans des cas où l'infection pneumococcique avait envahi d'autres organes.

Il va de soi que, dans une maladie grave au premier chef, la moindre complication doit assombrir sérieusement le pronostic. C'est pourquoi il n'est pas étonnant que, sur 4 cas de guérison, on n'en trouve qu'un seul dans lequel l'infection n'a pas été localisée au péritoine seul. La très grande majorité des 15 malades morts sans complication ont succombé très rapidement : 1 cas (Brun [5]), le premier jour ; 3 cas (Shaw et French [18], Bryant [4], Brun), le second jour ; 2 cas (Brun), le troisième jour ; 1 cas (Hawkins [9]), le quatrième jour ; 3 cas (Broca [2], Weber [21], Bryant), le cinquième jour ; 2 cas (Ménétrier et Legroux [14], Goriatschine [7]), le huitième jour ; 1 cas (Bryant), le dixième jour ; 1 cas (Brun), le quinzième jour ; 1 cas (Charrin et Veillon [6]), le vingt-quatrième jour de la maladie.

La mort est arrivée plus tardivement pour les 14 malades qui ont présenté des complications, soit que la péritonite ait été elle-même une complication d'une autre localisation primitive, soit que cette complication ait été la cause de la mort.

Ces 14 cas se répartissent comme suit :

1 cas (Brun), mort le premier jour ; 2 cas (Goriatschine, Weichselbaum [23]), le cinquième jour ; 1 cas (Schabab [19]), le septième jour ; 1 cas (Haim [8]), le seizième jour ; 1 cas (Burkhardt [5]), le dix-huitième jour ; 1 cas (Ménétrier et Legroux [14]), le vingtième jour ; 1 cas (Broca [2]), le vingt-unième jour ; 1 cas (Lenormant et Lecène [12]), le vingt-sixième jour ; 1 cas (Weichselbaum [23]), le trente-deuxième jour ; 1 cas (Lesage et Pineau [13]), trois mois après et, enfin, 3 cas (Weichselbaum, Burckhardt, Walther [22]), où la date de la mort n'est pas indiquée.

Digitized by Google

Les complications se sont montrées, en grande majorité, du côté des organes respiratoires : dans 12 cas, en effet, sur les 14, les organes respiratoires ont été atteints seuls dans 7 cas, et 5 fois avec d'autres localisations : un délirium, un cancer de l'estomac, une péricardite avec arthrite de la hanche et du genou, une métrite avec salpingite, oophorite, méningite et périarthrite de l'épaule, une péricardite et endocardite. Deux fois, seulement, les organes respiratoires n'ont pas été intéressés : un cas d'ulcère de l'estomac et un cas où il existait des thromboses multiples.

Dans cette catégorie de cas à localisations multiples, la péritonite a été sûrement primitive dans un cas, celui de Broca[2], où tout marchait normalement vers la guérison, lorsque, cinq jours après l'opération, survint une broncho-pneumonie. La petite malade, dont Haim publie l'observation, fut envoyée à l'hôpital pour une fièvre typhoïde et mourut dix jours après l'opération. A l'autopsie, on trouva une pleurésie double et une pneumonie gauche. Il est permis de penser que ces manifestations pleuro-pulmonaires ont été secondaires, mais on ne saurait l'affirmer.

Dans les quatre cas, enfin, qui ont guéri, la péritonite a été franchement primitive.

Quelle a été la porte d'entrée de l'infection ? Il ne rentre pas dans le cadre de mon travail de discuter ce point : voie sanguine, voie lymphatique, intestinale, génitale, etc. Les divers auteurs apportent leurs opinions, mais bien peu d'entr'elles sont fondées sur des examens microscopiques et bactériologiques indiscutables.

Dans mon cas, non plus, il n'a malheureusement pas été possible de rechercher le pneumococque dans l'ovaire et la trompe extirpés, la préparation ayant été égarée. Cependant, il est bien permis de supposer que c'est par la voie génitale que l'infection a débuté. Les lésions du péritoine, quoique généralisées sur toute l'étendue de cette séreuse, étaient manifestement plus accentuées dans le voisinage de ces annexes.

L'examen bactériologique de l'écoulement vaginal a été négatif, mais il a été pratiqué trop tardivement pour qu'on puisse en tirer une conclusion.

Après lecture des divers travaux sur cette question, on est en droit de supposer que la porte d'entrée de l'infection n'est pas toujours la même. Mon cas, sans être concluant, parle nette-

Digitized by Google

ment pour une infection par voie génitale et vient ainsi éclairer le fait que les petites filles paient un tribut beaucoup plus élevé que les garçons à cette forme de péritonite.

III. *Traitement.* — Il ne saurait être autre qu'opératoire. Tous les cas non opérés se sont terminés par la mort sans aucune exception. Cette constatation permet de ne pas discuter la question de savoir s'il faut ou non une intervention. Pour mon cas, elle s'imposait, lorsque je vis la petite malade.

Je ne discuterai pas davantage le mode de faire ; il faut traiter cette forme de péritonite comme toutes les autres où il y a suppuration, c'est-à-dire par l'évacuation du pus au moyen d'une ouverture qui permette d'en rechercher la cause, un nettoyage, aussi complet que possible, de la cavité et un bon drainage.

Je n'insisterai que sur un point qui mérite, selon moi, d'être retenu : c'est la position en *décubitus ventral* que j'ai fait prendre à mon opérée.

J'avais toujours douté de l'efficacité du drainage dans les péritonites purulentes. Plusieurs modes de drainage ont été proposés : vaginal, périrectal, lombaire, par la plaie abdominale, etc., mais aucun d'eux ne satisfaisait le principe : drainer au point le plus déclive. Le mode de faire proposé par le Prof. Küster [11], de Marburg, constitue, à mes yeux, un progrès dans le traitement postopératoire des péritonites. Le Dr Ch. Rémy [17], au Congrès français de chirurgie de 1902, propose un mode de drainage nouveau de la cavité péritonéale ; il place son drain sur les parties latérales du coccyx ; la main, introduite dans le petit bassin, reconnaît et écarte le rectum ; une incision qui, dit-il, ne fait courir aucun risque, fait la contre-ouverture. Il parle de deux cas opérés de la sorte pour péritonite suite d'appendicite et obtint deux succès complets.

Evidemment, l'idée est juste et tentante, mais, vis-à-vis du mode de faire proposé par Küster, celui de Rémy a des inconvenients qui doivent, à mes yeux, faire préférer l'autre : 1° il nécessite une plaie nouvelle ; 2° il prolonge la durée de l'intervention. Le fait de pratiquer une nouvelle incision n'est pas, il est vrai, une contre-indication bien sérieuse, mais la place qu'occupent le ou les drains, au voisinage de l'anus, n'est pas ce que l'on peut rêver de mieux à tous les points de vue ; en second lieu, la prolongation de durée de l'opération et de l'anesthésie est plus grave, car on opère, dans l'immense majorité des

Digitized by Google

cas, sur des malades fortement affaiblis et je crois que la rapidité dans l'opération constitue, là encore plus qu'ailleurs, un sérieux élément de succès.

L'anesthésie générale, en outre, peut, dans quelques cas, être remplacée par une anesthésie locale, mais, si l'on pratique la contre-ouverture paracoccygienne, on ne saurait éviter cette anesthésie générale.

Il ne doit, enfin, pas toujours être très aisé d'aller, dans la profondeur, écarter le rectum et pratiquer la contre-ouverture dans le cas où il existe un fort ballonnement intestinal et où les anses sont adhérentes.

Le Prof. Küster, depuis deux ans, place en décubitus ventral ses malades opérés pour péritonite. Il publie la relation de six cas qui lui ont donné quatre guérisons : deux cas, suite de perforation intestinale, deux cas suite d'appendicite et deux cas suite d'opérations (kyste de l'ovaire et myomectomie). Ses expériences sur le cadavre lui ont prouvé l'efficacité de sa méthode.

En lisant son travail, je me demandais si ce n'était pas un procédé quelque peu barbare et si cette position serait bien supportée ; je l'essayai tout en étant assez sceptique.

Le fait est que, tant qu'il n'y avait que de la péritonite, cette position ventrale a été parfaitement tolérée. Ce n'est que la dyspnée, due à l'envahissement des poumons, qui nous a obligé à revenir au décubitus dorsal. J'ai pu, enfin, me convaincre de l'efficacité de cette méthode ; l'écoulement de pus a été beaucoup plus abondant tant que la petite malade était couchée sur le ventre, les drains occupant la position la plus déclive.

C'est le premier cas dans lequel j'ai employé ce mode de faire et je suis bien décidé à l'utiliser à nouveau si j'en ai l'occasion.

Les injections sous-cutanées de solution physiologique m'ont enfin, une fois de plus, rendu les plus grands services.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bozzolo, *Centralblatt für klin. Med.*, 14 mars 1885.
2. Broca, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 23 octobre 1900, p. 997.
3. Brun, dans Thèse de Michaut.
4. Bryant, *Brit. med. Journ.*, 23 septembre 1901, vol. II, p. 767.
5. Burckhardt, *Beitr. zur klin. Chir.*, 1901, v. 30, p. 738.
6. Charrin et Veillon, *Soc. de biologie de Paris*, séance du 30 déc. 1893.

Digitized by Google

7. Goriatschine, *Revue de chirurgie*, 1894, p. 614
8. Haim, *Wien. klin. Woch.*, 23 janvier 1905, p. 87.
9. Hawkins, *The Lancet*, 4 mars 1905, v. I, p. 568.
10. Jensen, *Arch. f. klin, Chir.*, 1903, vol. 69, p. 1134, Bd. 70, p. 90.
11. Küster, *Arch. f. klin. Chir.*, 1904, vol. 73, p. 1074.
12. Lenormant et Lecène, *Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1905, n° 2, p. 225.
13. Lesage et Pineau, *Soc. de biologie de Paris*, séance du 4 février 1893.
14. Ménétrier et Legroux, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 13 juillet 1900.
15. Michaut, *Thèse de Paris*, 1901, n° 238.
16. Nanu, *Rev. de chir.*, 1900, v. II, p. 451.
17. Rémy, *Rev. de chir.*, 10 nov. 1902, p. 658.
18. Shaw et French, *Brit. med. Journ.*, 1904, v. II, p. 18.
19. Shabab, *Centralblatt f. Bacter.* etc., 1896, v. I, p. 993.
20. Stoos, *Jahrbuch f. Kinderheikunde*, 1902.
21. Weber, *Brit. med. Journ.*, 16 juillet 1904, vol. II, p. 125.
22. Walther, *Soc. de chir. de Paris*, séance du 19 mai 1897.
23. Weichselbaum, *Centralblatt f. Bacter*, 1889, vol. I, p. 33.

Des indications de la méthode de Bier (aspiration) en oto-rhinologie

par le Dr F. Guyot (de Genève)

Parmi les nombreuses applications de la méthode de Bier, une des plus intéressantes est celle qu'en a fait le Dr Sondermann au traitement et au diagnostic des maladies des oreilles et du nez [1].

Désirant allier l'aspiration à la production d'hypérémie, il a fait construire des appareils très pratiques, faciles à manier, même par le malade lui-même. Ces appareils sont de deux sortes : l'un pour les oreilles, l'autre pour le nez.

I. *Oreilles.* — Il est de toute évidence que, dans le traitement des otites moyennes suppurées, l'évacuation du pus hors la caisse est un puissant adjuvant pour la guérison. Il est certain d'autre part que les injections faites dans le conduit sont incapables de faire un nettoyage de l'oreille moyenne, à moins que la perforation ne soit très large.

[1] Sondermann. Saugtherapie bei Ohrerkrankungen, *Arch. f. Ohrenheilk.*, Bd. 64, Heft 1. — Eine neue Methode zur Diagnose und Therapie der Nasenerkrankungen. *Münch. med. Wochenschr.*, 1905, n° 1.

Digitized by Google

Le meilleur procédé indiqué jusqu'à présent pour éviter la rétention du pus a été la douche d'air. Le Dr Lermoyez estime qu'elle est comme l'équivalent des pressions latérales que fait à chaque pansement le chirurgien dans le but de vider les clapiers d'une collection purulente.

On peut faire deux objections à la douche d'air par le procédé de Politzer : 1° De chasser le pus dans les cellules mastoïdiennes. Les expériences de Michael ont démontré que c'est là une crainte chimérique, cependant certains auristes persistent à affirmer que ce danger existe [1]. 2° De chasser les sécrétions dans l'autre trompe et de provoquer ainsi une otite du côté opposé. Cette crainte n'est certes pas exagérée, lorsqu'on ne peut pas facilement nettoyer le nez et l'arrière-nez de son muco-pus. « On pourrait alors remplacer la politzération, dit Lermoyez, par la raréfaction dans le conduit, faite à l'aide du spéculum de Siegle, de façon à aspirer l'exsudat, au lieu de le refouler [2] » C'est certainement là la méthode de choix et cependant jusqu'à présent elle a été peu employée, faute d'un moyen pratique.

On s'est servi successivement pour faire la raréfraction d'air dans le conduit, d'une grosse poire, d'une seringue (comme celle de l'appareil Potain), enfin du spéculum de Siegle et du masseur de Delstanche. Tous ces moyens partent du même principe : aspirer l'air du conduit en obturant celui-ci par un embout plus ou moins dur. Or on sait combien le conduit est rendu sensible par le passage des produits de la suppuration et qu'il faut éviter tout ce qui peut contribuer à la production d'une otite externe.

L'introduction souvent répétée d'un embout dans le conduit est donc douloureuse et nuisible. De plus la raréfaction de l'air sur un espace aussi restreint que le conduit auditif peut souvent être dangereuse et dépasser le but, surtout si l'appareil à faire le vide est un peu volumineux.

L'aspirateur de Sondermann évite tous ces inconvénients et répond pleinement à la première indication dans le traitement des otites suppurées qui est d'éviter la rétention du pus dans la caisse.

Il se compose d'un appareil métallique en forme de demi-

[1] Voir Laurens. L'otite moyenne purulente aiguë et son traitement, Paris 1906.

[2] Lermoyez et Boulay. Thérapeutique des maladies des oreilles, vol. 1, p. 333.

Digitized by Google

coquille d'œuf dont le bord est garni d'un tuyau en caoutchouc (que l'on peut maintenir gonflé au moyen d'un petit tube latéral) destiné à augmenter l'adhérence à la peau et à assurer l'étanchéité de l'appareil. Cette coquille est en communication, par un tube en caoutchouc, avec un ballon muni d'une soupape (fig. 1).

Pour faire l'aspiration, on place la demi-coquille sur la région de l'oreille de façon à ce que tout le pavillon y soit contenu ; on presse le ballon pour le vider et on le laisse revenir sur lui-même. Il aspire alors tout l'air de la coquille, celui du conduit

Fig. 1.

et par suite celui de la caisse en entraînant les sécrétions qui y sont contenues. On évite ainsi, non seulement d'irriter l'entrée du conduit, mais aussi de produire un excès de raréfaction. Celle-ci se répartit sur l'espace assez vaste de la coquille et est limitée par la contenance du ballon. *Mais cet appareil acquiert surtout sa véritable valeur du fait qu'il peut sans danger être confié au malade et que celui-ci peut faire à domicile plusieurs séances d'aspirations quotidiennes (de deux à quatre par jour), seule condition de succès dans le traitement par l'aspiration.*

Digitized by Google

Depuis bientôt une année que nous employons cette méthode, nous avons constaté la rapidité avec laquelle on peut guérir des otites suppurées aigues, surtout celles où l'on a pu faire la paracentèse du tympan après désinfection soigneuse du conduit. Dans les otites aigues datant de plusieurs jours, le tableau clinique devenait bien meilleur dès que l'aspiration du pus était pratiquée plusieurs fois par jour.

Cette aspiration est certainement un auxiliaire puissant dans le traitement des otites moyennes suppurées, surtout parce qu'elle peut, sans inconvénient, être pratiquée par le malade lui-même. Elle est de bonne chirurgie, car elle répond à la première des indications dans le traitement d'une cavité suppurante : celle d'évacuer le pus et d'éviter la rétention.

On pourrait reprocher peut-être à l'appareil d'être difficile à stériliser, mais, outre que devenant individuel, il n'a pas besoin d'une stérilisation parfaite, il peut être nettoyé d'une manière suffisante par un lavage avec une solution de lysoforme. Le pus n'arrive d'ailleurs que très rarement sur les bords de l'appareil. On pourrait peut-être construire des demi-coquilles en verre épais avec un rebord renflé, dont la stérilisation serait plus facile à réaliser.

Quant à la production d'une hypérémie modificatrice, elle ne peut certes être produite par l'aspiration et le vide fait à travers une petite perforation du tympan, mais il est incontestable que dans les cas où il existe une grande perte de substance du tympan, le vide fait dans la caisse peut avoir une influence favorable sur la guérison par la production d'une hypérémie artificielle. Bier dans son ouvrage : « l'Hypérémie comme moyen de traitement », nous a éclairé sur l'action de cette nouvelle méthode thérapeutique. Sondermann admet que l'apport du sang dans les parois de la caisse se fait aussi bien par les artères que par les veines et qu'il s'agirait donc ici d'une hypérémie mixte. En tout cas cette action n'est pas à dédaigner et dans plusieurs cas d'otite suppurée chronique avec destruction du tympan, nous avons pu obtenir de bons résultats par des séances d'aspiration, répétées plusieurs fois par jour et continuées pendant plusieurs semaines.

N'oublions pas d'ajouter que le même appareil pourra encore rendre d'autres services après la guérison de la suppuration de l'oreille. En changeant le ballon à soupape contre un ballon simple sans soupape, l'appareil à aspiration pourra être trans-

Digitized by Google

formé en un appareil à massage effectué par un simple va et vient de l'air dans la coquille[1]. Il peut ainsi être utile pour rendre à la chaîne des osselets la souplesse qu'elle avait perdue pendant la période de suppuration.

II. *Fosses nasales et sinus.* — « Rien n'est plus difficile à l'heure actuelle comme d'affirmer l'existence certaine et exclusive d'une sinusite ; cependant cette certitude est indispensable au traitement rationnel. Aussi aucune part ne doit-elle être laissée dans cette recherche, ni à l'intuition, ni au flair ; il faut procéder avec une méthode rigoureuse en allant du connu à l'inconnu, très patiemment. » Ainsi s'exprime Lermoyez dans sa Thérapeutique des fosses nasales[2].

Tout nouveau moyen pouvant aider dans la recherche de ce diagnostic si difficile d'une sinusite purulente sera donc toujours accueilli avec une grande satisfaction.

L'emploi de l'appareil aspirateur que Sondermann a fait construire pour le nez, est un de ces moyens et peut-être un des plus précieux, car il permet de préciser le siège et l'origine d'une suppuration des fosses nasales dans bien des cas, comme le montrent les observations de Sondermann, d'Honneth et d'autres, et celà sans inconvénients ni douleur pour le malade.

Cet appareil se compose d'un petit masque triangulaire en métal rigide dont la construction est pareille à celui employé pour les oreilles et qui est relié à un ballon d'aspiration identique (fig. 2). Le masque de forme appropriée s'adapte parfaitement sur le dos du nez ; il en existe trois numéros de grandeur différente.

Pour produire l'aspiration dans les fosses nasales, on place le masque sur le nez en le pressant fortement contre la peau. On comprime le ballon pour en chasser tout l'air, puis on cesse la compression du ballon en faisant prononcer en même temps au malade un *i* prolongé. On peut aussi lui faire avaler une gorgée d'eau comme dans le procédé de Politzer. Par ce moyen, le voile du palais se relève, ferme les fosses nasales en arrière ; le ballon aspire fortement tout l'air des fosses et en même temps l'air contenu dans les cavités accessoires. Cette aspiration est quelquefois un peu pénible ; elle fait éprouver une impression

[1] Sondermann. Ein neuer Apparat zur Massage des Ohres, *Arch. für Ohrenheilk.*, Bd. 64, Heft 1.
[2] Vol. II, p. 88.

Digitized by Google

désagréable de tiraillements dans le crâne, surtout vers le front, et ressentir une aspiration de l'air de l'oreille moyenne par les trompes avec claquement des tympans. Il en résulte un certain degré de surdité qui disparaît d'ailleurs au premier mouvement de déglutition.

Si au bout de quelques aspirations on examine la muqueuse des fosses nasales bien nettoyée au préalable, on voit qu'elle a augmenté de volume, qu'elle est plus rouge et que sa surface s'est recouverte d'une petite couche de mucus.

Fig. 2.

Jamais nous n'avons pu constater un inconvénient sérieux après l'emploi de cet aspirateur. Si une personne un peu sensible accuse de la douleur, on pourrait adapter à l'appareil un ballon un peu plus faible (celui pour enfants, par exemple).

Comme il arrive souvent que le masque se trouve souillé par le pus aspiré du nez et que la stérilisation de l'appareil est difficile, Sondermann a fait construire tout récemment une olive en verre pouvant s'adapter à une des narines et suppléer ainsi utilement le petit masque. Cette olive (fig. 3 et 4) est composée de deux pièces pouvant facilement se séparer. L'une (1), grosse,

Digitized by Google

renflée, pour la narine, peut recevoir dans son intérieur un flocon de coton destiné à retenir le pus ; l'autre (2), percée de trous en couronne, s'adapte au tube du ballon aspirateur. Le tout est en cristal épais, pouvant facilement être stérilisé par l'ébullition. Cette olive est surtout destinée aux hôpitaux, le masque étant d'un maniement plus facile pour le malade traité à domicile, qui a son appareil à lui et peut le nettoyer suffisamment au moyen d'une solution de lysoforme ou de sublimé.

Il est incontestable que ce moyen d'aspirer du pus hors des cavités accessoires dans les fosses peut être d'un grand secours pour le diagnostic et le traitement des sinusites.

Le *diagnostic d'une sinusite purulente* ne peut être posé que

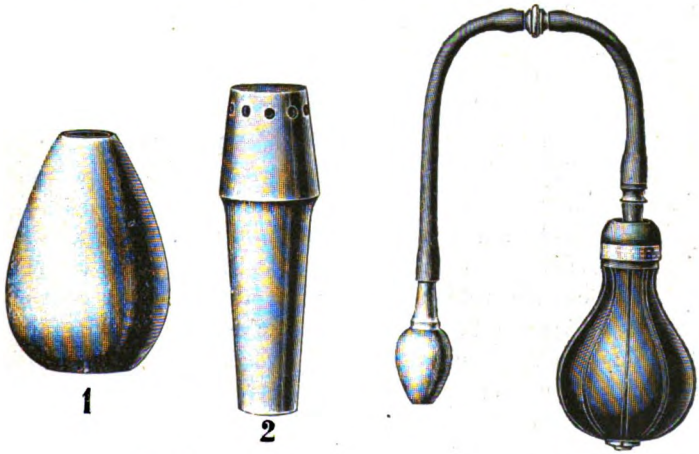


Fig. 3. Fig. 4.

si l'on arrive à démontrer la présence de pus dans ce sinus. C'est le seul signe de certitude. Si l'aspirateur de Sondermann peut arriver à faciliter la recherche de ce signe, il sera certainement un précieux auxiliaire dans la recherche de ce diagnostic si délicat. Lorsqu'on lit les observations des auteurs qui ont employé l'aspirateur dans ce but, on est bien obligé de convenir que cet appareil peut rendre de très grands services dans ce domaine. Dans tous les cas de sinusite, ils sont arrivés après un nettoyage soigneux du nez à faire apparaître, par l'aspiration, à l'un des différents points d'élection, une quantité plus ou moins grande de pus, signe certain d'une sinusite. Nous-mêmes avons

Digitized by Google

pu vérifier la valeur de cette méthode et constater son incontestable utilité. Nous avons pu ainsi exclure une sinusite maxillaire dont l'existence paraissait très probable, ou bien affirmer qu'il y avait du pus dans un sinus maxillaire seulement, alors que l'on soupçonnait le sinus frontal d'être atteint lui aussi. Honneth, assistant du prof. Eschweiler, à Bonn, a même pu par ce moyen mettre en évidence l'existence d'un cloisonnement du sinus maxillaire.

On peut pour ainsi dire affirmer qu'en décongestionnant les orifices des sinus au moyen de la cocaïne ou de l'adrénaline, on peut toujours arriver à aspirer du pus lorsqu'il en existe dans une de ces cavités. Honneth, après de nombreuses expériences soigneusement vérifiées, affirme même que toutes les fois que l'aspirateur n'amène pas de pus, c'est qu'il n'y en a pas dans les sinus. Il cite un certain nombre d'observations à l'appui de son opinion [1]. Il ajoute en manière de conclusion que cet appareil lui a rendu de tels services dans la recherche du diagnostic des sinusites « qu'il ne voudrait plus s'en passer ».

Quant à l'emploi de l'aspirateur dans le *traitement des sinusites*, nous nous empresserons de dire qu'il n'est vraiment indiqué que dans les sinusites aiguës ou subaiguës.

Dans les sinusites catarrhales aiguës l'indication thérapeutique primordiale est de faire cesser la rétention. Pour cela on a souvent préconisé la douche d'air, c'est-à-dire l'insufflation d'air dans les fosses nasales par le procédé de Politzer. L'air d'une grosse poire en caoutchouc pénètre avec pression dans le nez, débouche les orifices des sinus en y pénétrant et ressort en en entraînant les mucosités. Ce procédé est des plus dangereux pour l'oreille dans laquelle il peut chasser des matières septiques. Plus rationnelle est certes l'aspiration qui en faisant le vide dans les sinus entraînera forcément les mucosités qu'ils contiennent.

Pour faciliter cette vidange des sinus, on pourra au préalable rétablir la perméabilité de leurs orifices en faisant des pulvérisations au moyen de ces petits pulvérisateurs en verre, pouvant lancer un jet très fin et employant ainsi peu de substance active. On se servira d'une solution de cocaïne à $^1/_{100}$ on d'adrénaline à

[1] Honneth. Uber den Wert des Sondermannschen Saugapparates zur Diagnose und Therapie der Nasenerkrankungen, *Münch. med. Wochenschrift*, 1905, n° 49.

Digitized by Google

$^1/_{4000}$ même $^1/_{1000}$. La muqueuse en se rétractant ouvrira les orifices des sinus et permettra ainsi leur évacuation facile.

Un certain nombre de rhinologistes, entre autres Spiess [1], ont prétendu que cette aspiration était incapable d'extraire du pus du sinus maxillaire dont l'orifice est situé trop haut. Pour répondre à cette objection, Honneth, a fait des essais sur le cadavre. Par un tamponnement il obstrua les deux choanes, puis avec un petit trocart il pénétra par la fosse canine dans le sinus maxillaire. A travers ce fin trocart il versa une quantité déterminée de solution de permanganate de potasse. Il put en verser 15 à 16 cc. dans chaque sinus. Au moyen de l'aspirateur de Sondermann il put retirer à droite 16 cc. et à gauche, 12 cc. Par ces expériences, il arrive à la conviction que l'on peut toujours aspirer du pus hors du sinus maxillaire et dans quelques cas favorables le vider complètement. On peut au besoin faire pencher la tête du malade fortement en avant (position de Fraenkel).

L'aspiration des sécrétions du sinus frontal n'est pas contestable, surtout si l'orifice a été décongestionné et rendu perméable par une pulvérisation de cocaïne ou d'adrénaline. C'est dans les cas de sinusites frontales aiguës que nous avons eu le plus à nous louer de l'emploi de l'aspirateur du nez.

A la Clinique rhinologique du prof. Manasse, à Strasbourg, nous avons assisté à la guérison rapide de deux sinusites frontales aiguës. Dans l'une qui était franchement purulente, l'aspirateur extrayait du sinus de grandes quantités de pus, ce qui procurait à la malade un soulagement énorme.

L'utilité de cet appareil dans le traitement des sinusites aiguës, surtout frontales, si difficilement accessibles aux lavages, n'est donc pas à nier.

Dans le traitement des *sinusites chroniques* l'aspiration cèdera naturellement le pas au traitement chirurgical, car elle ne saurait prétendre modifier la muqueuse d'un sinus dégénérée par une longue suppuration.

L'emploi de l'aspirateur nous a enfin été d'un certain secours dans le traitement des *rhinites purulentes des enfants* et de l'*ozène*. Pour le nettoyage du nez des enfants atteints de rhinite purulente, l'aspirateur rendra de bons services et sera certes

[1] Spiess. Behandlung der trokenen Katarrhe, *Arch. für Rhinol. u. Laryngol.*, XVII. 2.

Digitized by Google

moins dangereux que les lavages, toujours soupçonnés de favoriser la production d'otites. Dans cette affection l'emploi du masque est de beaucoup préférable à celui de l'olive, car il est facile à appliquer et à maintenir sur le nez des enfants les plus indociles.

Nous ne prétendons certes pas que l'aspirateur peut arriver à guérir l'ozène, mais il sera utile pour déterger la muqueuse des croûtes et son action peut certainement être utile par la production d'une hypérémie modificatrice. Notre expérience sur ce point n'est malheureusement pas suffisante pour nous autoriser à admettre l'aspiration comme un moyen infaillible d'amélioration.

Nous pouvons donc résumer les indications de la méthode de Bier en oto-rhinologie, au moyen des aspirateurs du Dr Sondermann, en disant que l'aspirateur rendra de grands services :

I. *Pour l'oreille :*

1° après une paracentèse, pour vider l'oreille moyenne, en évitant ainsi la douche d'air par le procédé de Politzer qui a des inconvénients.

2° pour l'évacuation, répétée plusieurs fois par jour, des produits de la suppuration dans les otites moyennes suppurées aiguës. C'est là surtout qu'il sera de la plus grande utilité.

II. *Pour le nez et les sinus :*

1° pour le diagnostic des sinusites ;

2° dans le traitement des sinusites aiguës ;

3° dans le traitement des cas de rhinite purulente chez les enfants ;

4° comme modificateur de la muqueuse nasale dans l'ozène.

C'est dans ces différents cas que nous avons eu à nous louer de l'emploi de cette méthode d'aspiration et que nous croyons pouvoir en conseiller l'emploi.

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS

Deux cas de laparotomie pour accidents abdominaux d'origine nerveuse.

par Jaques L. Reverdin

Obs. I.— *Pseudoobstruction intestinale avec vomissements de matières fécales vraies; laparotomie; guérison.*

G., Joséphine, 15 ans, La Roche, Haute-Savoie.

Le 11 janvier 1906, je suis appelé par le Dr de Vaucher auprès de cette malade avec le diagnostic : « Obstruction intestinale » ; elle a été vue par le Dr de Vaucher et par le Dr Guy, de Bonneville. Habituellement bien portante, à part de la constipation habituelle, elle a souffert depuis une année à plusieurs reprises de crises de douleurs abdominales passagères et de peu de durée, sans fièvre, et attribuées à la constipation ; elle n'a présenté aucun phénomène d'hystérie, elle n'est pas nerveuse à ce que l'on me dit, mais plutôt inerte de caractère ; elle est réglée depuis trois ans et la maladie actuelle a débuté brusquement pendant ses règles et à leur dernier jour.

Le 9 janvier, à 1 h., après son repas, elle a éprouvé une douleur brusque dans le ventre, qu'elle ne peut localiser exactement, douleur accompagnée de shock, de paleur et de vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux et enfin porracés ; le Dr de Vaucher appelé a constaté cet état des shock et a fait une injection de morphine qui l'a calmée. Elle a été tranquille jusqu'à 2 h. du matin, mais alors les douleurs et les vomissements ont recommencé ; pas de ballonnement du ventre sauf un léger soulèvement de la paroi visible au moment des douleurs et siégeant à gauche de l'ombilic et à son niveau ; la malade ne rend ni gaz ni selles, elle continue à uriner normalement. Le matin du 11 on donne un lavement qui amène une selle peu abondante suivie quelques heures plus tard d'une évacuation assez copieuse; la malade a rendu quelques gaz, le 10 après-midi et le 11.

Je la vois le 11, vers 5 h. du soir ; le teint est rosé, le facies est bon, pas le moins du monde grippé, mais je suis frappé de son visage apathique, qui lui est habituel du reste : le pouls est lent, bon, à 60, la respiration libre ; le ventre ne présente aucun ballonnement et on peut facilement le palper, quoique la malade éprouve une légère douleur à la pression un peu plus accusée à gauche de l'ombilic ; la palpation profonde de la fosse iliaque droite n'y révèle ni empatement ni douleur marquée, aucune défense des parois ; pas de matité ni de sonorité exagérée.

La malade qui a eu encore ce matin des vomissements porracés est très soulagée cet après-midi.

La crise ayant eu lieu le dernier jour des règles, qui sont du reste régulières et qui n'ont rien présenté de particulier, je tou-

Digitized by Google

che par le rectum ; je crois sentir le col légèrement dévié à gauche, le cul de sac gauche est étroit, tandis que le droit parait élargi et on y sent une légère résistance, comme une collection liquide non tendue ; par la palpation bimanuelle je sens que le soulèvement du cul de sac retentit sur la main placée à droite de la symphyse sur la paroi abdominale ; je fais constater la chose par le Dr de Vaucher, et il sent nettement ce soulèvement, bien qu'il ne puisse savoir à quel moment je pousse du doigt le cul de sac. La température est normale et l'a toujours été ; ce matin le pouls était lent et intermittent, il est maintenant lent et régulier.

Il ne me parait pas qu'il y ait d'indication opératoire ; l'obstruction passagère me parait s'expliquer par du péritonisme, dû probablement à une hémorragie pelvienne menstruelle ; je conseille la glace sur le ventre et le repos au lit ; quelques lavements.

Le 16, le Dr de Vaucher vient me voir et me dit que la malade va bien, qu'elle a eu des selles liquides et a rendu des gaz, elle demande à manger ; cependant elle a eu encore quelques vomissements la veille au soir, le 15, et ce matin deux vomissements brunâtres sans odeur quelconque ; le 15 au soir T. A. 37° 7 ; le facies est bon et il n'y a plus eu de crises douloureuses. Je suis donc très étonné le soir quand le Dr de Vaucher me téléphone que la malade a des vomissements fécaloïdes et est dans un état grave ; je pars immédiatement avec le Dr Machard et nous arrivons vers 11 h. du soir.

La malade qui a eu une crise de douleurs violentes, suivie de vomissements, est maintenant calme et, comme le 11, le teint est rosé, le facies non grippé, le pouls est plus rapide à 92, moins fort, T. A. 38° ; le ventre n'est ni balloné ni résistant nulle part, en particulier dans la fosse iliaque droite.

Elle demande elle-même une opération.

Je demande à voir les matières vomies qui ont été conservées et on m'apporte une cuvette plus qu'à moitié remplie par une purée jaunâtre fécaloïde au milieu de laquelle se trouvent deux boudins de matières fécales vraies, solides, jaunâtres, du volume d'un gros doigt, de la longueur du pouce à peu près, ainsi qu'un paquet blanchâtre probablement d'origine alimentaire. En présence de ce fait anormal, de ce vomissement fécal, dont la bizarrerie éveille aussitôt l'idée d'hystérie, j'hésite un instant ; je me décide cependant bientôt, d'accord avec mes deux confrères, à intervenir immédiatement ; l'éloignement ne nous permet pas de mettre la malade en surveillance ; d'ailleurs la température s'est élevée et temporiser serait s'exposer à laisser la situation s'aggraver.

Éthérisation sans incident, sans vomissements, ni pendant, ni après. Incision sous ombilicale ; pannicule adipeux très épais ; le péritoine ouvert, on tombe sur le grand épiploon étalé et sain, pas de liquide ; une anse grêle se présente sans tendance à faire issue, elle parait absolument saine, ni vascularisée, ni affaissée,

Digitized by Google

ni tendue ; il n'y a évidemment ni obstruction mécanique, ni obstruction dynamique. J'introduis les doigts et explore le ventre, je ne constate rien du côté des fosses iliaques, mais le grand épiploon est adhérent en bas de tous côtés aux parois ; je détache avec le doigt ce qui se laisse libérer et pédiculise les parties qui ne peuvent l'être ; les adhérences ne me paraissent nulle part produire de constriction sur l'intestin, elles se trouvent en effet toutes au devant du paquet intestinal; la libération achevée j'explore le bassin, il ne renferme aucun épanchement, mais l'utérus a complètement basculé ; son fond est en bas et son col en haut ; je le remets en situation normale, aucune adhérence de ce côté, le redressement se fait facilement et parait se maintenir. Suture de la paroi en étages au catgut et au crin, point de feston pour la peau ; je laisse par précaution un petit drain dans la paroi.

Les suites sont très bonnes ; le Dr de Vaucher vient me dire le 22 que les vomissements ne se sont pas reproduits ; il y a eu 39° le 18 au soir, apyrexie depuis ; la malade a des selles régulières et abondantes, elle s'alimente et n'a pas vomi une seule fois depuis l'opération, elle ne souffre pas. Les sutures n'ont pas été encore enlevées. Le père vient me voir le 29 janvier ; les sutures ont été enlevées le 25 ; tout va bien ; bon appétit, selles régulières. La guérison a persisté depuis.

L'observation que je viens de relater soulève plusieurs questions intéressantes, celle de la nature et de l'origine des phénomènes anormaux présentés par notre malade et celle aussi de la légitimité de l'intervention chirurgicale.

La jeune fille a donc vomi des boudins de matières fécales vraies et il me parait impossible de supposer que dans ce cas il y ait eu supercherie, comme dans celui de Nysten rapporté par Jaccoud ; il s'agissait dans ce dernier d'une hystérique qui vomissait des matières fécales, mais on put se convaincre qu'elle avalait en cachette des boulettes de matières qu'elle vomissait ensuite ; dans le nôtre comment admettre qu'une malade, fût-elle hystérique, ait réussi à avaler des boudins de matières du volume que j'ai indiqué sans les réduire en morceaux. je ne le vois pas ; elle était d'ailleurs soignée par une sœur de charité qui m'a affirmé qu'elle n'avait rendu que de très médiocres selles.

La possibilité de l'évacuation par le vomissement des matières provenant du gros intestin a été démontrée il y a bien longtemps déjà par Briquet : « Une hystérique de 27 ans prend du café et le vomit. On administre du café en lavement ; après une demi heure, elle éprouve du malaise, des coliques, des gargouillements, puis des nausées et elle finit par vomir le café (un tiers du lavement environ). Deux jours après, l'expérience est refaite toute entière devant Briquet, qui surveille ; elle vomit le café. On varie alors l'épreuve. On ajoute beaucoup de magnésie au café ; le café est vomi avec des traces de magnésie. Sans prévenir la malade, on lui donne un lavement avec de la teinture de

Digitized by Google

tournesol bleue ; douze minutes après, la teinture de tournesol était vomie et tournait au rouge. Enfin on donne un lavement d'eau salée ; un quart d'heure après, la malade vomit un liquide où le nitrate d'argent révélait beaucoup de chlorures[1]. »

Le cas de notre opérée est donc à ajouter à la liste assez courte de ceux où des matières fécales véritables ont été rendues par vomissement. Il est vrai que la jeune fille n'avait jamais présenté aucun phénomène caractéristique de l'hystérie, mais j'avais été frappé en l'examinant à ma première visite de son air indifférent et de son teint frais et rose qui cadraient mal avec les accidents graves qu'elle venait de présenter. Sans donc pouvoir affirmer le diagnostic d'hystérie, comme il me parait seul pouvoir donner une interprétation des phénomènes que nous avons vu se dérouler, il semble par exclusion être le seul acceptable. Que nous a révélé l'opération ? aucune des altérations qui accompagnent l'obstruction du côté du tube digestif ; le ventre ouvert, les anses, normales d'aspect, ne font point issue au dehors, elles ne sont ni distendues comme celles du bout supérieur, ni revenues sur elles mêmes comme celles de l'inférieur ; d'autre part l'épiploon est adhérent par son bord inférieur à la ceinture du bassin et l'utérus a basculé sur lui-même de façon à ce que son col est en haut et son fonds en bas. Ne peut-on admettre que ces deux lésions et principalement la bascule utérine, qui a probablement été l'occasion des douleurs vives du début, ont déclanché, en quelque sorte, des manifestations d'ordre hystérique traduites dans le cas présent par des contractions antipéristaltiques ? Le résultat immédiat de l'opération est fait pour appuyer cette interprétation. Une observation prolongée de la malade pourrait peut être plus tard la confirmer.

Le diagnostic de nature des accidents, si elle avait été établie formellement, devait-elle nous engager à temporiser ? je ne le pense pas et surtout dans les conditions d'éloignement où se trouvait la malade ; la température avait commencé à s'élever indiquant que des phénomènes d'intoxication étaient à craindre et dans ces conjonctures attendre était s'exposer à laisser passer le moment où l'opération coupait court aux accidents pour attendre celui où l'organisme déjà affaibli dans sa résistance n'aurait peut-être plus été capable de se débarrasser des poisons intestinaux.

Il resterait encore à déterminer comment s'est effectuée la bascule de l'utérus, mais rien dans les faits qui m'ont été rapportés ne permet de le faire et mieux vaut avouer mon ignorance sur ce point.

Il est vrai que la malade avait souffert du ventre à plusieurs reprises et que nous avons trouvé des adhérences dont l'origine probablement ancienne ne s'explique pas très clairement, mais

[1] Grasset. Art. Hystérie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. 304.

Digitized by Google

ces adhérences ne dépassaient pas la ceinture du bassin et l'utérus était parfaitement libre.

Cette observation m'en a rappelée une autre, déjà ancienne, où j'ai pratiqué avec succès une laparotomie pour des accidents douloureux ayant simulé à leur début l'appendicite et dont la nature hystérique m'avait paru probable ; l'anesthésie pharyngienne était du reste avec la conservation de l'embonpoint et d'un teint rose malgré l'anorexie et les crises douloureuses, les seuls indices de l'affection nerveuse. L'opération, d'une part a montré l'absence des lésions de l'appendicite et d'autre part a amené la guérison radicale et durable des crises qui avaient mis la jeune malade dans l'état le plus précaire. Voici cette observation :

Obs. II. — *Pseudoappendicite hystérique ; laparotomie exploratrice, guérison.*

Mlle X., 18 ans.

Au mois de novembre 1893, je suis appelé à voir Mlle X. en consultation avec son médecin, le Dr Ballivet. Elle souffre depuis près de trois ans, dans la fosse iliaque droite, de douleurs qui surviennent par crises et que rien ne peut calmer. Son père est bien portant ainsi que sa mère qui est cependant affectée de migraines ; elle a une sœur âgée de 20 ans en parfaite santé ; il n'y a dans la famille ni tuberculose ni disposition aux affections nerveuses.

Elle même a eu les maladies de l'enfance, une fluxion de poitrine à deux ans, la rougeole ; ni tics, ni convulsions, ni chorée.

Au mois de décembre 1889, le Dr Ballivet l'a soignée pour une fièvre typhoïde avortée qui a duré huit jours et a été suivie d'une anémie assez prononcée et assez persistante.

Au mois de septembre de l'année suivante, en l'absence du Dr Ballivet, elle a été soignée par le Dr Pronier pour une maladie présentant les caractères d'une appendicite ; à son retour le Dr Ballivet a constaté l'existence dans la fosse iliaque droite d'une tumeur douloureuse qui a peu à peu diminué de volume, mais les douleurs vives ressenties par la malade, au lieu de s'atténuer en même temps que la tumeur, allèrent au contraire en augmentant d'intensité et de fréquence. Cet état a été toujours en empirant ; actuellement Mlle X. a chaque jour deux crises, la plus forte et la plus longue commence vers deux heures de l'après-midi pour se terminer vers six heures du soir ; l'autre beaucoup plus légère et plus courte a lieu le matin. Ces crises consistent en douleurs violentes dans le ventre ayant pour siège initial et maximum la fosse iliaque droite et spécialement un point situé à peu près à la hauteur de l'ombilic et à moitié distance de celui-ci et de l'épine iliaque antéro-supérieure. La malade ne peut indiquer le caractère de ces douleurs, ce ne sont ni des élancements, ni des piqûres, ni de la brûlure ; pendant la crise elle gémit en se tournant de côté sans grands mouve-

Digitized by Google

ments et en portant ses mains à son ventre. En général il n'y a pas de vomissements pendant les crises. Outre les crises régulières la défécation en produit d'autres, aussi va-t-elle à la selle le plus rarement possible et reste-t-elle souvent plusieurs jours sans évacuations. Les mictions rares provoquent aussi des crises. On est obligé depuis longtemps de lui faire chaque jour plusieurs injections de morphine et d'atropine.

L'appétit est faible et depuis assez longtemps la malade est constamment alitée. Les règles ont cessé de venir depuis septembre 1893. Malgré ces phénomènes la malade a un bon teint rose et blanc ; elle a bien un peu maigri, mais absolument pas en proportion avec la diminution de l'alimentation.

L'examen ne fait rien constater du côté du cœur et des poumons; l'urine est normale. La palpation du ventre qui est plat et marqué de nombreuses traces de piqûres dans la région douloureuse, est fort difficile, le sensibilité est exquise; on provoque par la moindre pression des douleurs extrêmement vives, la malade se tortille sur son lit. Il est absolument impossible de rien sentir. Ces constatations me font penser qu'il s'agit de phénomènes hystériques; cependant je ne trouve en aucun point d'anesthésie des téguments, mais par contre je badigeonne le voile du palais sans que la malade bronche, ce qui me parait confirmer mon diagnostic. Le traitement sera poursuivi dans ce sens.

Nouvelle consultation avec le Dr Ballivet le 22 février ; cette fois nous endormons la malade avec l'éther ; la palpation profonde finit par me permettre de sentir en dedans de la fosse iliaque droite au-dessous du niveau de l'ombilic, dans la direction et au siège de l'uretère, une petite résistance paraissant allongée de haut en bas et de dehors en dedans. Cependant il est difficile de dire de quoi il s'agit, la tumeur est trop profonde pour être due à l'appendice.

Les parents désirent une opération et la malade la demande convaincue qu'elle la guérira ; je me décide donc à faire une laparotomie exploratrice. La malade entre dans notre clinique particulière le 8 mars 1894 ; elle est purgée le 10 et le 12 ; dans l'intervalle elle prend 1 gr. 20 de benzonaphtol par jour.

Opération le 13 mars. Ethérisation. La vessie est vidée ; courte incision sur la ligne blanche entre l'ombilic et le pubis ; le péritoine, très mince, est ouvert et l'on voit se présenter une anse grêle que le bistouri a blessée superficiellement, la séreuse et une partie de la musculeuse sont entamées ; je place immédiatement sur la petite plaie trois points de suture de Lembert au catgut fin.

La plaie péritonéale est agrandie juste assez pour laisser passer la main ; celle-ci introduite on ne trouve malgré des recherches prolongées, faites par le Dr Ballivet, le Dr A. Reverdin et moi, aucune lésion, pas la moindre adhérence et encore moins de tumeur ; je vais à la recherche des ovaires que je sors l'un après l'autre, ils sont d'apparence absolument saine ;

Digitized by Google

l'utérus est de petite dimension. Il ne reste qu'à refermer le ventre après y avoir passé une compresse stérilisée. Suture au catgut du péritoine, des muscles et de l'aponévrose, à la soie de la peau. Pansement : gaze et ouate stérilisées, bande de flanelle.

Les suites de l'opération sont des plus simples. La malade se réveille assez vite et ne vomit pas. Le jour de l'opération il n'y a aucune crise non plus que les suivants ; il n'y a que quelques douleurs dans la plaie et un peu dans le ventre. Le soir le thermomètre marque 37° 2 dans l'aisselle, le pouls est rapide. Il y a de la rétention d'urine les premiers jours ; la première selle, selle spontanée, a lieu le troisième jour, le 16, puis une seconde le 18 et une troisième le 21, elles ne provoquent pas de crises ; l'appétit revient et il n'y a bientôt plus besoin de morphine, mais une injection d'eau pure est donnée quand la malade semble être prête à s'énerver. Le pansement est changé le 18 et le 19, parce que la malade l'a dérangé, la plaie est en parfait état.

Le 23 on enlève les fils de suture et on place des bandelettes colliodonnées sans bandage quelconque. Le 21 la malade s'est plainte d'une douleur siégeant dans la fosse iliaque gauche, j'affecte ne n'y attacher aucune importance et parle d'un air détaché d'y faire des pointes de feu si cela durait.

Le 25 la malade est en parfait état, elle désire rentrer chez elle et je l'autorise à partir le 27. Elle dort et mange bien, elle a notablement engraissé, elle parait très satisfaite du résultat de l'opération qu'elle désirait.

La température n'a jamais été élevée ; elle était le 14 de 37°, le 15 de 36,6 et 37.

L'opérée s'est complètement rétablie : elle a présenté quelque temps de l'anorexie probablement d'origine nerveuse, mais qui a cédé finalement ; j'ai eu à plusieurs reprises de ses nouvelles toujours satisfaisantes et dernièrement, le 5 février 1906, c'est-à-dire plus de douze ans après l'opération, le Dr Ballivet m'écrit qu'elle jouit d'une santé parfaite, que les fonctions de l'estomac et des intestins se font régulièrement et convenablement, que l'état général ne laisse rien à désirer ; sans avoir présenté de crises nerveuses elle est cependant restée impressionnable et émotive, moins cependant qu'avant l'opération. « Le diagnostic qui s'est imposé, dit-il, consécutivement à la laparotomie exploratrice est celui d'entéronévrose spamodique essentielle. Le fait incontestable, c'est que l'ouverture du ventre a guéri cette jeune fille d'une affection qui, bien que nerveuse, avait profondément altéré sa santé par l'atrocité des souffrances et lui rendait l'existence insupportable. Et, résultat non moins intéressant pour nous qu'heureux pour elle, le clou n'a pas été simplement déplacé, comme c'est trop souvent la règle dans les affections hystériques influencées par un procédé opératoire ou tout autre suggestion, il a été définitivement arraché. »

Digitized by Google

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE LA SUISSE ROMANDE

Séance du 18 janvier 1906, à la Maternité de Lausaune.

Présidence de M. Bétrix, président.

7 membres présents.

M. Beuttner présente un rapport sur l'*hygiène des suites de couches physiologiques*. Après avoir constaté la divergence des opinions professées à ce sujet, il envisage les points suivants :

1° *Le lavage des organes génitaux externes* pour lequel il recommande, à part la toilette qui doit suivre tout accouchement, de se borner à arroser la vulve, soir et matin, avec une solution légèrement antiseptique ou de l'eau stérilisée.

2° *Les injections vaginales* qui, étant plutôt dangereuses, doivent être complètement abandonnées.

3° *Le vase plat*, qui devrait être de préférence allongé, être chauffé préalablement et dont les bords devraient être désinfectés.

4° *Le contrôle de l'utérus*, dans les suites de couches, qui doit être fait par le médecin lui-même pendant une à deux heures après l'accouchement.

5° *Le repos au lit*, dont la durée dépend, pour chaque accouchée, de sa position, de sa constitution, etc. Dans les cas tout-à-fait normaux, on peut lui permettre de se lever le neuvième ou le dixième jour. Le décubitus dorsal est nécessaire pendant les deux premiers jours ; à partir du troisième, l'accouchée peut prendre une position latérale.

6° *La chambre à coucher*, qui doit être spacieuse, facile à aérer et à tenir propre et dont la température sera de 18 à 19°.

7° *Le lit*, qui doit être accessible de tous côtés.

8° *Le linge de corps*, qui sera ample, souple et apte à absorber la transpiration.

9° *L'alimentation*, qui consistera, pendant les deux premiers jours, en lait, œufs et bouillon ; M. Beuttner ne permet de nourriture substantielle que le troisième ou le quatrième jour après évacuation des intestins.

10° Quant à *la vessie*, l'accouchée doit uriner toutes les trois heures. En cas de rétention, on peut exercer une pression sur le bas-ventre ; on peut arroser les parties avec une solution chaude ; on peut, enfin, soulever la malade, de préférence avec des coussins sous les épaules. Si tous ces moyens n'aboutissent pas, il ne reste qu'à sonder.

11° Pour ce qui est de *l'intestin*, on provoquera, le troisième jour, son

Digitized by Google

évacuation en évitant d'employer des eaux minérales chez les femmes qui donnent le sein.

12° *La température* et *le pouls*, qui seront pris matin et soir pendant toute la durée du séjour au lit, plus souvent s'il en est besoin.

13° Pour *le traitement des parois abdominales*, M. Beuttner prescrit à ses accouchées une ceinture abdominale spéciale qu'il applique six heures après l'accouchement.

14° M. Beuttner est un partisan convaincu de l'*allaitement maternel.*

15° *Les seins* doivent être couverts d'un linge très propre et lavés à l'eau boriquée avant et après chaque têtée.

16° Si les *contractions utérines* font défaut, on administrera de l'ergotine ; si elles sont trop douloureuses, on prescrira un lavement au laudanum ou l'aspirine recommandée par von Herff.

M. Bourcart : L'équilibre abdominal est rompu par l'expulsion rapide du contenu utérin. Le trouble de cet équilibre se manifeste par la flaccidité du régulateur (sac abdominal musculaire et utérin) et la stase veineuse qu'elle entraine du côté de la circulation abdominale. Pour faciliter le rétablissement de l'équilibre, il faut activer la circulation par un massage à direction centripète, exciter les centres sympathiques vasomoteurs et soutenir la musculature par une sangle élastique circulaire.

M. Rossier, reprenant une idée émise en Allemagne, a autorisé quelques accouchées normales à se lever dès le cinquième ou le sixième jour et n'en a jamais observé un inconvénient quelconque. Préalablement, il fait un examen par le vagin (avec des gants). De même, il ne purge plus, systématiquement, le troisième jour.

M. Bastian prescrit, avant l'accouchement, des injections au lysoforme, mais s'oppose à cette pratique après l'accouchement. Il ordonne toujours de l'huile de ricin dans les deux jours qui suivent l'accouchement.

M. Muret laisse ses accouchées sur le dos pendant les deux premiers jours, mais les fait mettre de côté dès le troisième, c'est-à-dire à partir de la contraction définitive de l'utérus. Pour activer la régression des muscles abdominaux, il faut sangler le ventre avec une ceinture bien serrée, user largement de purgatifs, éviter une alimentation trop abondante et exercer les muscles de la paroi abdominale en faisant asseoir l'accouchée à la fin de la première semaine. Pour agir sur le plancher du bassin, M. Muret fait faire des injections vaginales astringentes avec une solution d'alun ou d'acétate d'alumine ; s'il y a tendance au prolapsus ou à la rétroflexion, il y ajoute des tampons imbibés de glycérine et d'acétate de plomb ; enfin, il préfère ne pas garder les accouchées trop longtemps au lit, en règle générale pas plus de quinze jours.

M. Bétrix cherche à individualiser et considère vingt jours de séjour au lit comme un maximum, douze à quinze jours comme un minimum. Il proteste contre les idées de M. Rossier et rappelle qu'Olshausen a déjà fait justice de propositions analogues faites par Küstner. Il ne partage

Digitized by Google

pas davantage l'opinion de M. Rossier sur la question de l'évacuation intestinale et tient à prescrire une légère purgation peu de temps après l'accouchement, que la femme allaite ou non. Quant à la sonde, moins on y aura recours, mieux cela vaudra. En employant tous les petits moyens, même l'élévation du tronc, M. Bétrix n'a à sonder ses accouchées que très rarement. Le cathétérisme, même fait avec toutes les précautions, est presque toujours accompagné de cystite, lorsqu'il est répété plusieurs jours de suite.

M. Beuttner estime que la dilatation de l'urètre est quelquefois préférable au cathétérisme. Lorsqu'il est obligé de pratiquer celui-ci, il prescrit chaque fois l'helmitol.

M. Roux donne, depuis vingt ans, aux malades sondés, du chlorate de potasse et s'en est toujours bien trouvé. Plus l'urine est acide, plus elle est antiseptique.

M. Muret tâche d'apprendre aux accouchées et aux opérées à uriner en étant couchées. Il purge dès le second jour. Il traite avec succès les anciennes rétrodéviations par l'application de tampons imbibés de glycérine et par les injections astringentes.

Présentations.

M. Beuttner présente sa *ceinture pour suites de couches.*

M. Roux présente un *kyste de l'ovaire* volumineux, qu'il a extirpé, par un procédé particulier, chez une femme cachectisée, de 78 ans. Il a amarré, par quelques points de suture, le kyste à la paroi abdominale et l'a ponctionné à travers celle-ci en laissant écouler le contenu très lentement. La tumeur mit huit heures à se vider. Deux jours après, M. Roux enleva la tumeur par laparotomie.

Le Secrétaire : Dr René Koenig.

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Séance du 7 avril 1906.

Présidence de M. Gonin, président.

22 membres présents.

MM. *Guilloud,* à Vallorbes et *Payot,* à Lausanne, demandent à être reçus membres de la Société.

Le président annonce la création et la formation d'une *Association amicale des médecins lausannois.* Il donne lecture d'une lettre de la Société vaudoise de pharmacie, demandant à la Société de médecine d'appuyer, par une protestation au Conseil d'Etat, le recours adressé à cette autorité contre l'établissement, à Lausanne, d'une pharmacie coopérative, dite Pharmacie populaire. L'ouverture de cette pharmacie a été autorisée

Digitized by Google

en violation de la loi vaudoise, qui exige que le pharmacien soit propriétaire de son officine.

M. Spengler estime que cette affaire ne concerne pas la Société vaudoise de médecine.

M. Krafft est d'un avis opposé et propose de donner suite à la demande des pharmaciens vaudois ; les médecins ont un grand intérêt à ce que leurs ordonnances soient exécutées par des pharmaciens qui soient propriétaires de leur officine et complètement responsables.

MM. Taillens, P. Demiéville et Ed. Ceresole appuient aussi l'entrée en matière sur la demande de la Société vaudoise de pharmacie, qui est votée par 20 voix sur 22 votants.

M. Gonin donne lecture du projet de résolution, élaboré par le Comité :

La Société vaudoise de médecine après avoir, dans sa séance du 7 avril 1906, discuté la situation créée par l'établissement, à Lausanne, d'une pharmacie coopérative, dite « Pharmacie populaire », a voté, à l'unanimité moins une voix, la résolution suivante :

« La Société vaudoise de médecine, estimant que les articles 57 et 58 de la loi du 14 septembre 1897 sur l'organisation sanitaire et les articles 17 à 20 du règlement du 30 mai 1893 concernant les pharmacies, etc., interdisent avec raison l'exercice de la pharmacie à l'aide d'un prête-nom ; que l'obligation, pour le pharmacien, d'être propriétaire de son officine constitue, pour le corps médical et pour le public, une garantie indispensable au point de vue de la stricte observation des réglements, de l'exécution fidèle des ordonnances des médecins et du secret médical ; enfin, que la stabilité du personnel d'une pharmacie est aussi la meilleure garantie pour le corps médical et le public contre les erreurs ou les méprises qui peuvent se produire dans la préparation des médicaments ;

1° Réclame le maintien des articles de la loi et du règlement qui instituent, pour le pharmacien, l'obligation d'être propriétaire de son officine et interdisent l'exercice de la pharmacie à l'aide d'un prête-nom.

2° Proteste auprès du Conseil d'Etat contre toute prétérition des articles de la loi et du règlement actuellement en vigueur. »

Cette résolution est adoptée par 18 voix contre 1.

M. Gonin annonce que la salle des Sociétés savantes du palais de Rumine, où nous transférerons nos séances, ne sera vacante qu'après les fêtes d'inauguration du Simplon.

M. Muret présente un *utérus atteint de cancer du corps*, enlevé à une femme de 56 ans, qui avait, depuis deux ans, des pertes rosées sans douleurs ; le col était absolument sain. La malade avait déjà été examinée par un médecin qui n'avait pas fait le diagnostic.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une femme de 45 ans, souffrant de pertes sanguines en dehors des règles ; l'utérus était peu gros ; pas de douleurs. Un curettage, fait dans un but de diagnostic, amena des produits peu caractéristiques, dont l'examen histologique ne donna aucun résultat. M. Muret fit le diagnostic de fibrome et, après avoir enlevé

Digitized by Google

l'utérus par la voie vaginale, il trouva un carcinome du corps de l'utérus.

Ces deux cas justifient l'utilité de la lettre-circulaire que la Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse romande a adressée au corps médical. M. Muret a appris avec regret qu'elle avait été critiquée par quelques-uns de ses membres.

M. Taillens fait une communication sur un cas de *méningisme par ascarides*. Il s'agit d'une fillette âgée de 21 mois, observée en mars 1902 et qui présenta le tableau complet de la méningite tuberculeuse, alors que, seuls, les parasites intestinaux étaient en cause.

On a déjà souvent signalé, dans la littérature médicale, des cas de méningite vermineuse, mais jamais on ne trouve le tableau symptomatique de la méningite au complet. Chez la fillette en question, il ne manquait aucun des signes qui accompagnent la bacillose méningée ; les prodromes même étaient présents, consistant en un amaigrissement lent, en une modification du caractère, lesquels s'étaient produits pendant les semaines précédant les accidents aigus. Ces derniers débutèrent par des convulsions violentes, subintrantes, qui ne discontinuèrent pas pendant vingt-quatre heures ; puis, peu à peu, le coma s'établit, accompagné de raideur de la nuque, de contracture des membres, de strabisme, de la raie méningitique, du cri hydrencéphalique. La fièvre oscillait entre 38° et 38°5. En un mot, l'aspect méningitique était si absolu qu'aucun doute ne pouvait naître dans l'esprit. La fillette, ayant pris du calomel, évacua 39 ascarides et, instantanément pour ainsi dire, l'aspect se modifia, tous les symptômes morbides disparurent et l'état de la petite malade redevint normal. On ne saurait interpréter cette observation autrement que par l'helminthiase, la guérison étant survenue d'une façon aussi rapide et ayant succédé sans transition à l'expulsion des vers intestinaux.

Quand on met en regard le très grand nombre d'enfants atteints d'helminthes et le très petit nombre de ceux qui, par ce fait, présentent des troubles morbides, il faut admettre, tout d'abord, que l'apparition de ces troubles demande une prédisposition spéciale, une susceptibilité nerveuse particulière. Ceci étant admis, il importe de se rendre compte comment le parasite agit. A cet égard, il existe deux théories : l'une, mécanique, en vertu de laquelle les vers nuisent par leur action traumatique et l'autre, toxique, qui explique l'apparition des symptômes morbides par la résorbtion de produits toxiques solubles, secrétés par les parasites intestinaux. Cette dernière est de plus en plus admise. Il existe, en effet, une loi biologique qui veut que tout être vivant, en vertu même de ses phénomènes vitaux, donne naissance à des substances nuisibles. Dans le cas de méningisme vermineux, on peut admettre que ces substances existent toujours, mais ne sont nuisibles que dans certaines conditions ; ou bien — et cette seconde supposition paraît plus exacte — on peut admettre que le ver intestinal, comme tous les êtres vivants, subit les influences du milieu ambiant et varie avec lui. Il est, par conséquent, possible que, suivant l'état du tube digestif dans lequel ils se trouvent, les parasites

Digitized by Google

intestinaux soient capables d'acquérir quelque virulence. En fait, les vers expulsés par la fillette qui fait l'objet de cette communication, exhalaient, une fois écrasés, une odeur forte et piquante. Ce même phénomène a été signalé, à diverses reprises, par d'autres observateurs.

Le diagnostic de méningite vermineuse n'offre de difficulté que lorsque le tableau symptomatique de la méningite est au complet, comme dans le cas présent. On n'aurait levé tous les doutes que par une ponction lombaire suivie de l'examen microscopique du liquide extrait. Celui-ci a toujours été trouvé normal en pareil cas alors que, dans la méningite vraie, il présente des modifications facilement décelables.

M. Bonjour fait remarquer que les animaux, le chien et le chat en particulier, présentent des réactions analogues à celles de l'enfant lorsqu'ils sont habités par des ascarides; ils deviennent méchants, mordent. Peiter, de Greifswald, a pu obtenir sur lui-même de l'urticaire en se frottant avec du jus d'ascarides en train de mourir. M. Bonjour croit, cependant, qu'il ne faut pas exclure la possibilité de l'action mécanique dans l'étiologie du méningisme vermineux.

M. Gönin rappelle que M. Eug. Roud, dans sa thèse sur un cas d'abcès multiples du foie, causés par des ascarides, démontre que l'ascaride peut être le véhicule d'autres microbes.

M. Wanner démontre les pièces d'un cas d'*amputation congénitale en position transverse* sur lequel, vu l'heure avancée, il reviendra dans une prochaine séance.

Le Secrétaire : Dr E. Ceresole.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 1er mars 1906, à l'Hôpital cantonal.

Présidence de M. Bard, président.

M. Papadaki demande une modification au procès-verbal de la séance du 18 janvier dernier (voir : *Errata* p. 201).

M. Weber présente :

1° Une *idiote*, âgée de 9 ans, retardée dans son développement corporel (taille 1,04), ne sachant ni parler, ni marcher, gâteuse, microcéphale (mesures crâniennes bien au-dessous de celles d'une fillette de trois ans). Les organes des sens fonctionnent tous, mais la vue est minime (rétino-choroïdite, constatée par M. le Dr Sués). Cependant, les perceptions transmises au cerveau (?) ne produisent que des réflexes bruts, par exemple, une secousse de tout le corps, pas de mouvements de défense, etc. La mère est faible d'esprit, très petite, ayant eu un enfant mort à deux mois et un autre mort-né, extrait par l'opération césarienne. A défaut de tout phénomène local (paralysie, etc.), ce degré excessif

Digitized by Google

d'idiotie doit être attribué, sans doute, à un arrêt de développement du système nerveux à un stade encore presque fœtal. Cependant, on affirme que l'enfant aurait commencé à marcher à l'âge habituel et aurait pu faire quelques pas seule ; elle aurait aussi pu articuler quelques mots (papa, maman),bien qu'indistinctement. Vers l'âge de trois ans et demi, aurait commencé une nouvelle déchéance des facultés intellectuelles. On se trouverait donc en présence d'un mélange de processus morbides datant d'avant et d'après la naissance.

2° Un garçon de 14 ans, qui s'est développé normalement jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans ; dès lors, il a été souvent malade (diphtérie, croup, rougeole, scarlatine, coqueluche), ce qui l'a empêché de suivre l'école régulièrement ; il paraît, du reste, n'avoir jamais été très bien doué. A 11 ans, méningite (?) ; dès lors, il a complètement changé ; il joue tous les tours possibles, n'est plus susceptible d'éducation et finit par échouer à l'Asile, cette année. Il est, actuellement, un faible d'esprit, mais il est encore capable d'exécuter toutes sortes de travaux d'intérieur, fait de la musique, etc., mais ce n'est point cette démence qui nécessite son internement. En effet, il vole, à l'Asile, tout ce qu'il peut, ment, agace ses camarades, ne tient aucun compte des remontrances ni même des coups que peuvent lui administrer les adultes qu'il agace continuellement. Sauf un certain degré de ptose aux deux yeux (depuis la soi-disant méningite), il ne présente aucun phénomène corporel anormal. Il est un type de *moral insanity*, remarquable parce que ce déficit moral se serait développé à la suite d'une maladie taxée de méningite. Etait-ce peut-être une encéphalite ayant atteint surtout le lobe frontal ?

M. Picot demande s'il y a vraiment eu relation de cause à effet entre la méningite et la *moral insanity*.

M. Thomas demande si, dans des cas analogues, l'autopsie n'a pas révélé des lésions des lobes frontaux.

M. Weber : Les symptômes psychiques se sont développés immédiatement après la méningite. Quand on trouve, dans ces cas-là, des lésions des lobes frontaux, il s'agit de cette maladie spéciale qu'on nomme « moria ».

M. Junod a vu un garçon de 13 ans atteint de « moral insanity » et présentant un ptosis bilatéral encore plus accusé.

M. Weber : Le ptosis bilatéral est un symptôme banal de dégénérescence.

M. Girard se demande si la place du second malade est bien à Bel-Air. Ne vaudrait-il pas mieux le mettre dans un établissement spécial de dressage ?

M. Weber est heureux qu'on lui donne l'occasion de s'occuper du côté pratique du traitement de ce malade. Il n'est pas à sa place à Bel-Air, cela est certain ; d'ailleurs il n'est pas genevois et sera rapatrié. Pour ce qui est du placement dans un établissement d'éducation, il faut distinguer entre les arriérés non vicieux susceptibles d'amélioration et les

Digitized by Google

arriérés vicieux comme celui-ci, qui est intransformable en quelque chose d'acceptable. Il faudrait, d'ailleurs, un établissement très bien organisé, dirigé par un médecin et, s'il ne contient pas au moins 250 à 300 enfants, le coût par tête est trop élevé.

M. Girard présente un homme atteint d'une tumeur du globe de l'œil. Il s'agit d'un *mélano-sarcome de la choroïde* déjà avancé dans son évolution, nécessitant non seulement l'énucléation, mais le curage de l'orbite, surtout du côté nasal. L'opération est facile, mais les suites? Il restera une grande cavité qu'il faudra combler par des lambeaux autoplastiques.

M. Collomb a vu ce malade il y a deux ans. Il ne présentait, alors, que des symptômes de glaucome chronique. Il est probable que le néoplasme se développait alors dans la chroroïde vers le corps ciliaire; il était impossible de le voir.

M. Girard présente deux hommes atteints de *gastro-succhorrhée* ou maladie de Reichmann, auxquels il a fait, récemment, la gastroentérostomie postérieure par la méthode de von Hacker. Le premier déclare qu'il est enchanté de l'opération qu'il aurait dû se faire faire il y a dix ans. Le second est très content aussi; il se sent tout-à-fait changé.

Ces opérations exposent à l'ulcère peptique du jéjunum, mais cette complication survient surtout quand on emploie la méthode en Y, car il y a alors un segment de l'intestin qui conduit uniquement le contenu stomacal. Avec la méthode de von Hacker, le contenu stomacal est neutralisé sitôt sorti de l'estomac par les sécrétions intestinales.

M. Bard: Le second malade est entré dans le service de médecine avec des symptômes d'ulcères, des selles mélaniques et il se plaignait d'une douleur violente dans le flanc droit, faisant penser à une perforation ou à une péritonite de voisinage.

M. Girard n'a pas trouvé, à l'opération, de sténose pylorique, ni de callosités; il y avait seulement des adhérences légères et étendues à la face postérieure de l'estomac.

M. Maillart est certain que le traitement idéal de la maladie de Reichmann est la gastro-entéroanastomose; cependant, il a soigné une série de clients qui, après avoir appris à se laver l'estomac chaque soir, s'en sont si bien trouvés qu'ils n'ont plus voulu entendre parler du bistouri. Il traite, entr'autres, un homme qui buvait; obligé à la tempérance pendant la première partie de sa maladie, il a pu se remettre à boire avec entrain après qu'il eut apprit à pratiquer les lavages; cela dure depuis douze ans.

M. Girard: Le point délicat est le diagnostic. Le lavage peut suffire quand il n'y a pas d'ulcère.

M. Maillart: L'ulcère indique l'opération, mais dans la maladie de Reichmann simple, les patients préfèrent presque toujours les lavages.

M. Ch. Julliard: Les résultats post-opératoires se maintiennent-ils?

M. Girard n'a jamais vu de récidive. Une suite lointaine de l'opération pourrait être la rétraction cicatricielle annulaire des orifices artificiels.

Digitized by Google

M. Maillart n'a vu qu'une fois un cas défavorable ; quatre ans après l'opération, il y avait de nouveau quelques symptômes anormaux.

M. Bard : Le point délicat est le diagnostic initial. Hayem et d'autres prétendent que la maladie de Reichmann n'existe pas, qu'il y a toujours obstacle pylorique. Pour aucun des cas qu'il a vu, M. Bard n'aurait osé conclure à une lésion *sine materia*. Il est, du reste, fréquent de trouver à l'autopsie des ulcères bénins cicatrisés. Il serait intéressant de connaître l'avenir anatamo-pathologique des cas opérés.

M. Long présente un malade atteint de *syringomyélie avec atrophie musculaire ;* il est âgé de 78 ans et jouit, d'autre part, d'une excellente santé. Sa maladie a commencé à se manifester il y a douze à treize ans, c'est-à-dire vers l'âge de 66 ans, ce qui est un début très tardif ; elle commença par de la faiblesse, puis parut bientôt de l'atrophie des membres supérieurs. Il y a deux ans, il y avait encore beaucoup de contractions fibrillaires. Actuellement, on n'en constate presque plus. Depuis deux ans, le sterno-mastoïdien s'est considérablement atrophié. Les troubles de la sensibibité sont relativement peu accentués et peu étendus, ce qui permet de supposer que la lésion porte surtout sur les cornes antérieures de la mœlle. Les membres inférieurs présentent une anesthésie marquée jusqu'aux genoux. Est-ce dû aux phlébites variqueuses dont ce malade est porteur ou bien à l'existence d'un foyer syringomyélique dans le renflement lombaire ? La seconde alternative paraît plus proprobable.

M. Bard présente un homme ayant, depuis plusieurs années, des accès de fièvre élevée, sans motifs apparents. En 1900, il fait un séjour à l'Hôpital où une culture de son sang développe des streptocoques et où une ponction lombaire donne un liquide limpide, mais s'échappant sous forte pression et contenant des coli et des streptocoques. Le séro-diagnostic tuberculeux fut négatif. Il y a quatre mois, ce malade recommence à avoir de la fièvre avec des éruptions erythémateuses ; en outre, il s'est formé des tuméfactions osseuses aux poignets et aux tibias. S'agit-il d'une affection de nature tuberculeuse ou d'une ostéomyélite chronique ?

M. Mayor a vu chez ce malade une éruption qui était tout-à-fait scarlatiniforme.

M. Maillart : Le malade augmentait de poids malgré la fièvre.

M. Girard est porté à admettre qu'il s'agit d'une *infection streptococique*.

M. Kummer présente une pièce provenant de l'ablation d'une *tumeur des muscles de l'éminence thénar* ayant présenté les signes cliniques du tubercule douloureux et donne, au sujet de la nature de cette tumeur, les détails suivants :

Cette tumeur siégeait à la région antérieure des muscles de l'éminence thénar droite, près de leur insertion antérieure ; elle était bien limitée partout et du volume d'une cerise, environ. A la coupe, elle proémine un peu sur la surface de section des muscles, elle a une couleur rosée, uni-

Digitized by Google

forme, se trouve partout entourée de tissu musculaire dont la sépare une ligne de démarcation circulaire très régulière. A sa circonférence externe se trouve le nerf collatéral radial dont une portion, longue de 5 cm., a été extirpée avec la tumeur. Le nerf est attaché à celle-ci par un tissu conjonctif assez dense, mais ne pénètre pas dans la substance néoplasique même.

Au microscope, la tumeur est composée d'un tissu très riche en cellules à noyaux ronds ou fusiformes, entourés d'une mince couche protoplasmique; les cellules sont groupées suivant un type fasciculaire évident à tel point, qu'à première vue la coupe rappelle un peu et à un faible grossissement, l'aspect du tissu utérin. Détail important : le développement extrêmement riche de capillaires à parois épaissies. MM. les Prof. Askanazy et Bard, qui ont eu l'amabilité d'examiner des coupes, sont d'accord pour attribuer à cette tumeur un certain degré de malignité, en rapport avec la présence de cellules jeunes. M. Askanazy considère la tumeur comme un angiosarcôme. M. Bard, qui élimine le terme de sarcôme de l'onkologie tout entière, diagnostique un léiomyome du type intermédiaire entre le type embryonnaire et le type adulte.

Ce cas a encore un autre côté intéressant, c'est son étiologie : la malade affirme très positivement que sa maladie date d'un accident, d'une distorsion du pouce, à la suite d'une chute survenue il y a deux ans. Cette indication est tellement précise qu'on ne peut la mettre en doute. Faut-il admettre, comme on le fait généralement en pareil cas, qu'il s'agit d'une cause traumatique simplement adjuvante en plaçant le début réel de la tumeur avant le traumatisme ou bien ce dernier peut-il, à lui seul, déterminer l'éclosion d'un néoplasme vrai ? Cette question est posée, notre observation ne permet pas de la résoudre, mais nous estimons qu'il n'est pas permis d'y répondre simplement par la négative.

Le symptôme douleur a complètement disparu après l'extirpation de la tumeur. Celle-ci ne contenant aucun élément nerveux, la douleur provenait sans doute d'une irritation du nerf collatéral radial, adossé au néoplasme.

Le vice-secrétaire, M. Roch.

Séance du 4 avril 1906

Présidence de M. Bard, président.

Membres présents : 42.

MM. *Pugnat* et *de Mutach* sont reçus membres de la Société.

M. H. Audeoud lit un mémoire sur un cas de *purpura foudroyant* (voir p. 241).

M. Gautier estime qu'il s'agit peut-être d'un cas de scarlatine ou de typhus exanthématique. Il a vu mourir, en 48 heures, une femme atteinte de typhus exanthématique.

Digitized by Google

M. Picot : Le typhus exanthématique est une maladie épidémique ; ce n'est pas le cas du purpura foudroyant.

M. H. Audeoud répond qu'il a bien songé aux diagnostics de typhus exanthématique et de scarlatine maligne, mais il a dû les écarter pour des raisons cliniques et épidémiologiques.

M. Thomas rappelle que les pastorelloses peuvent donner lieu à du purpura.

M. Pautry, directeur du Bureau de salubrité, expose et démontre, au moyen d'une carte coloriée, la *distribution des eaux dans le canton de Genève :* eau ménagère puisée au lac, eau industrielle puisée dans le Rhône, eau d'Arve, eau de Carouge.

M. Gautier demande si l'eau à haute pression est puisée dans le port et distribuée en ville.

M. Pautry : L'eau industrielle à haute pression est puisée dans le Rhône et va au réservoir de Bessinges. Il n'y a pas de communication entre l'eau ménagère et l'eau industrielle. Cette dernière est cependant exclusivement distribuée aux communes de la rive gauche du lac.

M. Maillart propose et développe trois vœux :

1° Que l'eau prise immédiatement en amont des turbines soit le plus vite possible remplacée par de l'eau prise dans le lac ;

2° Que l'eau prise à Conches soit soumise à des études bactériologiques continues comme l'a été celle du lac ;

3° Que les puits situés dans les localités desservies par l'eau du lac soient tous fermés à la consommation.

M. Thomas a eu l'occasion d'étudier la source des Eaux-Vives qui jaillit non loin d'une fosse fixe et près d'une carpière où s'en vont des eaux ménagères. On ne peut garantir qu'une telle source soit à l'abri des contaminations, néanmoins, la commune des Eaux-Vives tient énormément à ses droits sur cette eau.

M. Thomas ajoute que le port est encrassé à fond, qu'il est question de le draguer, mais que, si on le fait, on est sûr de ramener la fièvre typhoïde.

M. Bourcart a appris à ses dépens que toutes les anciennes maisons des Eaux-Vives envoient leurs égouts dans le port.

M. Mégevand appuie la proposition de M. Maillart. Il demande quelle différence de prix il y a entre l'eau ménagère et l'eau industrielle.

M. Papadaki rapporte qu'à l'Asile de Bel-Air tous les déments chroniques étant goîtreux, on a attribué à tort ce fait à l'eau d'Arve, puisque Bel-Air recoit l'eau du lac.

M. Mégevand : La canalisation insuffisante de cet asile ayant donné lieu à beaucoup d'ennuis, on aurait dû savoir d'où venait l'eau.

M. Bard : Les communications sont possibles entre les deux réseaux de la ville lorsque l'un d'eux devient insuffisant. Le quartier des Tranchées recevait l'eau industrielle jusqu'à il y a un an, époque à laquelle on y a envoyé l'eau du lac. La Ville fait ce qu'elle peut pour supprimer le

Digitized by Google

plus possible les îlots desservis par l'eau industrielle. On a indiqué deux devis pour les frais que nécessiterait l'envoi de la bonne eau partout : 2.000.000 et 300.000 fr. Le premier chiffre concernerait la renonciation pure et simple à l'eau puisée au Rhône ; le second ne vise que l'extension de la distribution de l'eau du lac pour toute consommation ménagère.

Les autorités sont convaincues qu'il est impossible de draguer le port avant que l'eau du lac soit distribuée partout.

Les eaux de Conches ne viennent vraisemblablement pas de l'Arve.

Il est délicat de faire fermer tous les puits ; leur eau peut servir pour l'arrosage, le lavage, etc.

M. Gautier recommande de répandre l'écriteau : cette eau n'est pas potable.

M. Picot : L'Etat a-t-il le droit de faire fermer un puits lorsque l'eau ne sort pas d'une propriété ?

M. Pautry : Il y a encore à signaler l'eau de Carouge puisée au bord d'Arve, mais qui n'est pas de l'eau d'Arve. Elle est très pure. On peut la remplacer à l'occasion (incendie, etc.) par l'eau industrielle. C'est ce qu'on a dû faire cet hiver, malheureusement, par un temps de bise ; l'eau s'est trouvée trouble, ce qui a donné lieu à beaucoup de récriminations.

Les vannes permettant d'envoyer de l'eau industrielle aux Tranchées ne peuvent plus fonctionner.

L'eau de Conches est examinée périodiquement comme les autres eaux.

Pour ce qui est du dragage du port, M. Pautry a écrit cinq ou six fois aux autorités pour dire que le Bureau de salubrité s'y opposerait tant qu'existerait la prise d'eau dans le Rhône.

La supression des puits est difficile. Par exemple, un puits situé entre les Rues-Basses et la rue Calvin a été trouvé constamment bon. En temps d'épidémie, le Bureau de salubrité peut prendre toutes les mesures qu'il juge nécessaires ; cela lui permettrait de fermer les puits.

M. de Marignac : L'eau de Conches, au point de vue chimique, est de l'eau d'Arve ; l'eau de Carouge est de l'eau du Salève. L'eau de Conches était prise, autrefois, dans deux puits situés, l'un dans un pré, l'autre tout près de la rivière ; ils ont été fermés. On puise, maintenant, l'eau dans une île au milieu de l'Arve, à dix mètres de profondeur ; cette eau est très bonne, mais en quantité parfois insuffisante. On a alors recours aux nappes supérieures qui donnent de l'eau moins bonne.

Les analyses de l'eau d'Arve, faites en amont et en aval de l'embouchure de l'égoût de la Seimaz, n'ont pas montré de différences appréciables dans le nombre des bacilles.

M. Bard : La conduite qui prend l'eau au-dessous de Pregny traverse le port pour arriver à la Coulouvrenière ; il a donc possibilité de contamination accidentelle par aspiration aux joints du tuyau.

Le système des réservoirs est mauvais, l'eau s'y pollue et s'y chauffe.

Digitized by Google

Il faudrait pouvoir prendre l'eau à la colonne montante sans compteur et on payerait proportionnellement au nombre de personnes habitant la maison.

M. Bard propose de voter les trois vœux suivants :

1° Que l'eau puisée dans le Rhône, en aval du port, soit exclue de la distribution ménagère dans toute l'étendue du canton.

2° Que les puits des agglomérations urbaines et rurales soient pourvus d'un écriteau portant la mention d'eau non potable.

3° Que, pour la consommation familiale, la substitution de l'eau courante aux eaux de réservoirs soit facilitée.

Ces trois desiderata sont votés à l'unanimité après une courte discussion à laquelle prennent part MM. de Marignac, Picot, Gautier et Bard.

Le vice-secrétaire, M. Roch.

Séance du 26 avril 1906, à l'Hôpital cantonal.

Présidence de M. Maillart, vice-président.

34 membres présents.

M. Weber présente :

1° Un *faible d'esprit (microcéphale)*, interné à l'âge de 22 ans, après une série de petits délits qui lui valurent divers séjours en prison. Ces manifestations de *moral insanity* (mensonges, vols, exhibitionnisme) ne se sont développées qu'après l'âge de 16 ans. Hérédité : fils de buveur, mère simple, deux oncles morts par suicide.

2° Un *catatonique*, interné à l'âge de 18 ans. C'est également un imbécile (hydrocéphale) chez qui, avec la puberté, sont survenus des symptômes de *moral insanity*. Caractère vicieux, homme paresseux, menteur, voleur. Pour « parfaire son éducation », il fut placé à Aarbourg, maison de correction pour jeunes gens, d'où il fut transféré à Bel-Air après une année, en état de stupeur catatonique, interrompue par des périodes d'agitation. Actuellement, démence prononcée au point qu'il est trop nigaud pour jouer encore des tours.

C'est dans cette catégorie de faibles d'esprit que se recrutent les personnages à responsabilité diminuée, personnages nuisibles par excellence, de qui tient compte le projet de Code pénal fédéral. Que faire d'eux ? La prison ne les améliore en aucun cas. L'asile des aliénés n'est indiqué que s'il y a complication comme chez le second malade. Le psychiatre se déchargerait volontiers d'eux, car ils troublent sans cesse l'ordre de la maison. On parle de les éduquer, mais le terrain cérébral sur lequel cette éducation devrait se faire manque. D'autre part, les phénomènes de *moral insanity* peuvent apparaître à une époque trop tardive pour qu'on puisse, si la chose était possible, refaire le caractère de ces malades.

Conclusions. — Il faudrait : 1° éliminer ces gens de la circulation et

Digitized by Google

les empêcher, ainsi, d'être nuisibles ; 2° rendre impossible la propagation de ces dégénérés (éventuellement, castration) ; 3° leur faire gagner leur entretien par des travaux manuels. Cela pourrait s'obtenir en les réunissant dans des maisons de travail dont l'organisation serait plus simple et moins coûteuse que celle des maisons de santé.

M. Gautier fait remarquer que la castration proposée par M. Weber n'est pas prévue dans le Code. D'autre part, on connaît des cas, soit disant incurables, qui se sont améliorés au bout de quelque temps.

M. Weber : Le pronostic de ces cas doit être prudent et diffère s'il s'agit d'une psychose acquise ou d'une affection quasi-congénitale.

M. de Mutach, en l'absence de M. Girard, présente :

1° Un malade auquel on a fait la *résection du maxillaire supérieur* pour néoplasme. Grâce à une prothèse, la phonation est très acceptable.

2° Un malade qui a eu une *péritonite généralisée* à la suite d'une appendicite perforée. Laparotomie, drainage, injections d'eau salée et d'oxygène gazeux. Bon résultat. L'appendice a été enlevé, il y a huit jours.

M. Redard rappelle que le premier malade avait été atteint de périodontite chronique qui semble avoir été le point de départ de l'affection. Il a été opéré le 17 janvier 1906 et l'on peut se demander s'il n'existe pas déjà une petite récidive.

M. Long présente un garçon de 20 ans, qui a remarqué que ses épaules tombaient depuis trois ou quatre ans. Pas de modification dans la force musculaire. On remarque, en effet, que les épaules sont très abaissées, les mains descendent jusqu'aux genoux. L'action du muscle rhomboïde, de la partie supérieure du trapèze et du sterno-mastoïdien semble être diminuée. La sensibilité est normale. Il s'agit, ici, d'un cas de *scapulae latae physiologiques* dont le pronostic est bon.

M. Goetz demande si la colonne vertébrale est droite.

M. Long : Oui, car l'allongement des muscles est bilatéral.

M. H. Audeoud compare le malade au fameux « Osco ».

M. Du Bois fait remarquer qu'il existe une subluxation des deux articulations sterno-claviculaires.

M. Beuttner parle de l'*atmokausis* et de la *zestocausis* du Dr Pincus et démontre l'appareil de ce dernier pour le traitement des affections utérines par la vapeur d'eau. Le mérite d'avoir, pour la première fois, employé la vapeur d'eau en gynécologie appartient au Prof. Snegirew, mais c'est au Dr Pincus, de Dantzig, que revient celui d'avoir rendu cette méthode d'une application pratique[1].

M. Beuttner présente ensuite un utérus traité, il y a trois ans, par la vapeur d'eau pour amener une oblitération totale de la cavité utérine. La

[1] Voir : L. Pincus, Atmokausis und Zestokausis ; die Behandlung mit hochgespannten Wasserdampf in der Gynækologie ; 2e édition, Wiesbaden 1906, F.-J. Bergmann.

Digitized by Google

malade était atteinte d'une maladie chronique de l'épine dorsale ; comme une grossesse de trois mois compromettait ostensiblement sa santé déjà ébranlée, on décida de pratiquer un avortement et de faire, en même temps, par voie vaginale, une section des trompes pour prévenir toute grossesse ultérieure. Comme le col ne céda pas au dilatateur, on fit une hystérotomie antérieure médiane (section césarienne vaginale ; *venia verbo*). Malheureusement, les trompes se trouvaient trop haut placées pour les sectionner. Pour ne pas exposer la malade, déjà très faible, à une nouvelle opération, M. Beuttner procéda, trois semaines plus tard, à quatre séances d'atmokausis, deux de 30 secondes (115°) et deux d'une minute (115°). Le résultat en fut parfait : plus de règles, malgré que le col ne fût naturellement pas oblitéré, mais seulement la cavité utérine.

L'utérus présenté, extirpé après la mort, survenue trois ans après l'avortement, montre à l'évidence la possibilité d'une oblitération complète et sans dangers de la cavité utérine, à condition, néanmoins, que la technique opératoire dispose de moyens suffisants.

M. Gautier se demande si, en obstruant un utérus, on ne risque pas d'amener des douleurs au moment des règles.

M. Beuttner : Oui, si on oblitère seulement le col, mais ici on a oblitéré le corps. On a fait quatre séances à quinze jours d'intervalle. Ces séances ne sont pas douloureuses.

M. Tissot se demande si les matrices ainsi traitées ne risquent pas de devenir cancéreuses plus tard.

M. Aubert : A-t-on pratiqué un curettage préliminaire ?

M. Beuttner : Oui ; il faut prendre garde de ne pas faire l'atmokausis de suite après le curettage.

M. Collomb rapproche du cas de *mélanosarcome uvéal* ayant perforé et envahi l'orbite, présenté dans une précédente séance (voir p. 299), par M. le Prof. Girard, deux autres cas de tumeurs de même nature, mais opérées à un stade moins avancé, dont il démontre les pièces.

Dans le premier cas, observé chez un vieillard, le mélanosarcome, parti très probablement du corps ciliaire, avait envahi l'œil entier, en occupait toute la cavité et la perforation était imminente. Cliniquement, l'évolution de la maladie avait été celle d'une irido-choroïdite à marche lente, compliquée, à la fin, de glaucome ; perte graduelle de la vision en dix-huit mois, douleurs violentes et ininterrompues qui étaient survenues tardivement ; c'étaient ces douleurs seules qui avaient, enfin, décidé le malade à consulter. On constate alors une forte injection du globe dont la tension était très augmentée, l'effacement de la chambre antérieure, l'occlusion pupillaire, à peine une trace de perception lumineuse.

Dans le second cas, concernant un homme d'une quarantaine d'années, l'œil est toujours resté indolore ; le seul symptôme subjectif a été une diminution progressive de la vision qui date de quinze mois. On constata l'existence d'une cataracte diffuse, incomplète, la présence d'un gros vaisseau épiscléral du côté externe et, après mydriase, on aperçut, à

Digitized by Google

l'examen ophtalmoscopique, une masse noirâtre, arrondie, apparaissant en dehors, à l'extrême périphérie du champ pupillaire, immédiatement en arrière de l'équateur du cristallin. On pratiqua l'énucléation et on trouva une tumeur arrondie en grain de raisin, plus ou moins pédiculée, partie du corps ciliaire et s'avançant vers le centre du globe ; le cristallin était un peu déjeté en dehors, *échancré par le néoplasme et d'apparence colobomateuse.*

M. Collomb ajoute que, d'après son expérience, les mélanosarcormes du corps ciliaire ou des parties antérieures de la chroroïde, souvent arrondis en grain de raisin, sont deux fois plus fréquents que ceux des parties postérieures de la choroïde ; ces tumeurs semblent être, à l'examen, plus petites qu'elles ne le sont en réalité, la marge cristalline faisant l'effet d'un prisme (?) ; elles restent souvent pendant longtemps sans s'accompagner d'*aucun symptôme subjectif*. Quant au danger de récidives locales ou de métastases, il ne paraît pas être bien grand si l'énucluation a lieu aux premiers stades, comme dans les cas présentés.

M. Maillart a vu un homme ayant survécu vingt ans à l'énucléation d'un œil pour mélanosarcome. Deux ans après l'opération, on avait enlevé un petit mélanosarcome de la main.

Le Secrétaire : Dr Ch. Julliard.

BIBLIOGRAPHIE

Ch. Martin Du Pan. — Contribution à l'étude du traitement du cancer du rectum ; *Thèse de Berne*, 1905 ; broch. in-8° de 122 p. Paris, F. Alcan.

Cette intéressant mémoire est une étude sur le cancer du rectum et particulièrement sur le traitement opératoire de cette affection ; il est fondé sur les résultats obtenus à la Clinique chirurgicale de Berne et à la clinique privée du prof. Kocher auquel l'auteur dédie sa thèse. Il a été traité dans ces deux établissements, de 1874 à 1904, 123 malades atteints de carcinome du rectum dont on a pu retrouver les observations ; 83 ont subi l'opération radicale, pour 17 on n'a fait que l'anus contre nature, 33 ont été jugés complètement inopérables. Arnd *(Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, XXII, 1891) avait publié les observations des 35 cas d'extirpation de cancer faites avant 1890 ; M. Martin rapporte d'une façon détaillée les observations des 48 malades qui ont subi l'opération radicale depuis cette date et y joint celles des 17 opérés mentionnés dans le travail de Arnd qui vivaient encore en 1890, il y a ajouté aussi celles des cas inopérables ou traités par l'anus contre nature. Il présente en terminant, sous forme de tableaux, la statistique de tous les cas de cancer du rectum opérés par le prof. Kocher. Ce riche matériel lui permet de discuter les principaux

Digitized by Google

procédés chirurgicaux proposés actuellement contre cette affection et d'exposer très complétement la méthode de son maître ainsi que les résultats qu'elle a donnés. Nous ne pouvons mieux résumer cet excellent travail qu'en en reproduisant les conclusions :

« 1° L'hérédité, les professions sédentaires, la constipation habituelle, les hémorroïdes, les traumatismes ne semblent pas avoir l'importance qu'on leur accorde généralement dans l'étiologie du cancer du rectum.

2° Le cancer du rectum se développe beaucoup plus rapidement dans le jeune âge, c'est-à-dire au-dessous de 40 ans, que dans un âge plus avancé ; il affecte alors le plus souvent la forme colloïde. Son pronostic est très sévère.

3° Le début insidieux du cancer du rectum est un des principaux obstacles à l'amélioration des résultats définitifs de l'opération. Le diagnostic précoce de cette affection est encore beaucoup trop rare. Quand les médecins se décideront à pratiquer le toucher rectal chaque fois qu'ils seront en présence de troubles de la défécation, et ne se contenteront pas de traiter les malades pendant de longs mois pour des hémorroïdes ou de la diarrhée chronique, les malades pourront bénéficier d'un traitement opératoire plus hâtif qui en modifiera certainement le pronostic.

4° Dans notre statistique, la moyenne de survie pour les cas inopérés est de 12 mois à partir du début des symptômes, elle est de 56 mois pour les cas qui ont subi l'opération radicale. L'extirpation radicale du cancer du rectum est donc bien indiquée.

5° La hauteur du cancer, la présence de ganglions indurés, l'adhérence à la prostate ou au vagin ne sont pas des contre-indications à l'extirpation du rectum. Seul l'immobilité de la tumeur constitue une contre-indication absolue à l'opération radicale.

6° La colostomie préliminaire est une complication qu'il faut éviter le plus possible. On ne l'emploiera que dans les cas d'iléus grave mettant la vie du malade en danger immédiat.

7° On ne doit pas confondre la méthode coccygienne de Kocher avec les méthodes sacrées ou périnéales. La tendance actuelle des principaux chirurgiens est de réduire au minimum les résections osseuses et à revenir à la simple excision du coccyx, qui donne un jour suffisant pour la plupart des cas. La méthode de Kocher : amputation du rectum avec incision médiane postérieure et résection du coccyx, est la méthode de choix pour l'ablation des tumeurs de la partie ampullaire et supérieure du rectum. C'est elle qui donne l'accès le plus large avec le minimum de lésions.

8° Le meilleur traitement des deux bouts de l'intestin, après ablation du segment malade, est la fixation du bout supérieur à l'anus, avec ou sans invagination dans le bout inférieur dépouillé de sa muqueuse. La suture circulaire des deux bouts de l'intestin après résection du segment cancéreux doit être abandonnée à cause des grands dangers d'infection.

9° Le péritoine devra être suturé aussi exactement que possible après mobilisation de l'intestin, et non pas tamponné ou drainé.

Digitized by Google

10° Le traitement consécutif doit être fait avec un très grand soin et nécessite une attention de tous les instants. Dès qu'apparaît le moindre signe d'infection, c'est le traitement à plaie ouverte avec irrigation qui donne le meilleur résultat.

11° Dans notre statistique la mortalité opératoire a été de 14,58 p. 100. Grâce à l'emploi de l'éther et non du chloroforme pour la narcose nous n'avons pas de cas de mort par faiblesse cardiaque.

12° Les récidives locales sont survenues dans 39,7 p. 100 des cas, le plus souvent dans le tissu périrectal. Il serait désirable qu'on pût suivre les malades de près et qu'ils vinssent se présenter souvent, après leur guérison. Les récidives opérées au début guérissent bien. Un de nos malades est resté guéri quinze ans après avoir été opéré 4 fois de récidives prises à temps. Mais les récidives deviennent rapidement inopérables.

13° Les métastases au foie se font par voie veineuse et seulement quand, au cours de l'opération, on laisse des vaisseaux béants dans lesquels s'engagent des cellules cancéreuses. Il faut donc faire une hémostase immédiate aussi complète que possible et éviter de laisser à nu des surfaces osseuses dans la plaie opératoire. Nous n'avons pas constaté de métastase spontanée au foie sans qu'il y ait eu de complication dans le système vasculaire.

14° Parmi les dernières statistiques publiées c'est le prof. Kocher qui a la plus grande proportion de guérisons radicales datant de plus de 3 ans, soit *25, 75 p. 100.* »

H. Secrétan. — L'assurance contre les accidents. Observations chirurgicales et professionnelles. 3me édition, 1 vol. in-8°, de 211 p., Genève 1906, A. Eggimann et Cie.

Le livre du Dr Henri Secrétan, dont la troisième édition vient de paraître, est le fruit de l'expérience personnelle de l'auteur, expérience acquise au contact journalier d'ouvriers victimes d'accidents professionnels. Il a donc le grand mérite d'être une œuvre essentiellement originale. M. Secrétan, qui ne paraît pas avoir de prédilection pour la dogmatique, s'est attaché à décrire quelques-unes de ces multiples affections que l'on rencontre à chaque instant chez les victimes du travail et auxquelles on serait tenté de ne pas prêter toute l'attention voulue, soit parce qu'on les considère comme de peu d'importance, soit parce que leur tableau nosographique n'est pas encore nettement établi ou est insuffisamment connu.

La question, si intéressante de l'œdème dur traumatique du dos de la main y est traitée avec toute la précision et je dirais même avec toute la clarté désirables, car ce qui caractérise cet ouvrage, c'est la simplicité de l'exposé, point capital qui en assure la compréhension rapide et la lecture aussi facile qu'agréable.

M. Secrétan n'a pas eu l'intention d'écrire un traité complet sur l'assurance contre les accidents. Il a choisi dans ce domaine si vaste et parfois

Digitized by Google

si vague, quelques sujets pouvant présenter pour le médecin praticien une utilité spéciale — le tout accompagné d'observations démonstratives.

Qu'on en juge plutôt : A côté de l'œdème traumatique du dos de la main, dont nous venons de parler, et de l'œdème traumatique crépitant, se place un chapitre réservé à l'atrophie traumatique des doigts, puis une courte revue des lésions qui succèdent à « l'effort » et de la manière de les apprécier au point de vue de l'asssurance-accident. Les plaies contuses par frottement dont M. Secrétan a déjà signalé, par ailleurs, la tenacité, et les ulcères traumatiques sont envisagés à leur tour.

Quelques chapitres plus spéciaux, mais d'un haut intérêt, tels que ceux sur le traitement policlinique des accidents, l'assurance-accident et le chômage abusif, l'estimation des dommages permanents, l'estimation en pour cent des dommages les plus fréquents, mettent le lecteur au courant de situations qui se présentent journellement au médecin s'occupant tant soit peu de questions de ce genre et contribuent à former son jugement.

Dans une annexe, l'auteur traite des plaies et infections, des éruptions vésiculeuses opiniâtres sur un derme traumatisé, du lumbago et enfin des hernies traumatiques.

On le voit, rien n'est plus varié, et rien n'est plus actuel. On sent que ce livre est écrit par quelqu'un qui connaît toutes les difficultés et toutes les nécessités de la pratique journalière d'un médecin d'assurance. Ce trait indique à lui seul la valeur de l'ouvrage et constitue la meilleure recommandation dont on puisse en accompagner l'apparition.

Ch. J.

E. Martin, E. Revilliod et H. Audeoud. — Maison des Enfants malades. Rapport et compte rendu médical ; broch. in-8°, Genève 1906. Impr. Privat frères.

Le compte rendu médical de cet utile établissement pour 1905 accuse un mouvement de 535 malades, avec 54 décès, dont 37 portant sur des enfants âgés de moins de deux ans. Il renferme d'intéressants détails sur les différentes affections qui y ont été traitées. Le pavillon de la diphtérie a reçu 86 malades, dont 57 présentaient le bacille de Lœffler ; deux seulement de ces derniers ont succombé, soit le 3,5 %; c'est là un résultat très satisfaisant, d'autant plus qu'il ne s'agissait pas en général de cas bénins. Depuis une dizaine d'années que l'on emploie le sérum antidiphtérique à la Maison du chemin Gourgas, il y a été traité en tout 771 cas de diphtérie, avec une mortalité de 8,5 %, tandis que, pour les neuf années précédentes, celle-ci avait été d'environ 33 %. A noter aussi, en 1905, 15 cas de croup où l'on n'a pas trouvé le bacille de Lœffler, dont 2 terminés fatalement malgré le sérum et la trachéotomie et 13 guéris sans opération. Signalons encore pour la même année 63 cas de scarlatine avec deux décès à la suite d'accidents de néphrite aiguë compliquée d'urémie, et dix cas ayant présenté des complications moins graves. La consultation externe a été fréquentée par 910 enfants.

Digitized by Google

A. Zimmern. — Eléments d'électrothérapie clinique; un vol. in-8°, de 394 p., avec 8 pl., 131 fig. et une préface du prof. Bergonié, de Bordeaux. Paris 1906, Masson et Cie.

Cet ouvrage s'adresse avant tout au clinicien et est destiné à servir de supplément aux manuels classiques de médecine et de chirurgie qui ne mentionnent généralement qu'assez sommairement les applications de l'électricité au diagnostic et au traitement. L'auteur suppose déjà connus les principes élémentaires de l'électricité physique et aborde presque immédiatement l'électrothérapie, se limitant du reste aux questions les plus importantes et insistant sur les points où ce mode de traitement lui paraît supérieur ou au moins égal aux autres agents thérapeutiques. Il s'est écarté dans son exposition de l'ordre généralement suivi dans les traités sur le même sujet; il rapproche toutes les applications, tous les faits relatifs à une même propriété de l'électricité; c'est ainsi qu'il traite successivement des diverses affections pour lesquelles l'emploi de l'action excito-motrice des courants continu et faradique lui paraît indiqué et qu'il consacre un chapitre distinct à toutes les applications de l'électrolyse. S'il n'a pas étendu ce mode de classification à l'étude des courants de haute fréquence qu'il reporte à la fin du volume, c'est qu'il estime que l'expérimentation n'a pas encore suffisamment élucidé les multiples effets de ces courants sur l'organisme. Les très nombreuses figures qui illustrent les descriptions sont la plupart ou très cliniques pour faire mieux comprendre les procédés opératoires ou schématiques pour aider à l'exposition des théories. C'est surtout à cause de « son éclectisme et de son originalité bien tranchée », comme le dit M. le prof. Bergonié, dans la préface, que le livre de M. Zimmern mérite d'être recommandé.

Brouardel et Mosny. — Traité d'hygiène; fasc. I et II. Paris 1906; J.-B. Baillière et fils.

Ce nouveau traité doit être une mise au point de nos connaissances actuelles en hygiène, et les noms de ses directeurs sous une sure garantie qu'il remplira très complètement son but. Il paraîtra en vingt fascicules dont la rédaction a été confiée à une série de collaborateurs choisis parmi les plus compétents sur chacun des sujets traités dans les divers chapitres.

Dans le premier fascicule (124 p. in-8° avec 27 fig. et 2 planches coloriées), M. Courmont, prof. d'hygiène à la faculté de Paris parle de l'*athmosphère*, de ses propriétés chimiques ou physiques, des poussières, des corpuscules vivants qu'il peut renfermer et de leur analyse. M. Lesieur, chef des travaux d'hygiène à la faculté de Lyon a rédigé le chapitre relatif à la *climatologie*.

Dans le second fascicule, de 464 p. avec 35 fig. et 2 planches coloriées, MM. de Launay, prof. à l'Ecole des mines et E. Bonjean, chef de laboratoire du Comité d'hygiène publique en France, traitent du sol, le premier au point de vue géologique, le second au point de vue chimique,

Digitized by Google

physique et bactériologique, il parle entre autres de la régression de la matière organique, de l'épuration par le sol, de la nitrification, etc. L'étude de l'eau est faite au point de vue hygrologique par M. Martel, auditeur au Comité consultatif d'hygiène, qui expose en particulier le régime des eaux souterraines et les précautions à prendre contre le pollution des eaux, et au point de vue microbiologique et chimique par MM. Ogier et Bonjean qui terminent le fascicule par une importante étude sur l'analyse des eaux potables, exposée dans tous ses détails.

O. Hertwig. — Précis d'embryologie de l'homme et des vertébrés, traduit sur la deuxième édition allemande par L. Mercier, avec une préface du prof. A. Prenant, un vol. in-8° de 532 p. avec 375 fig. Paris 1906, Steinheil.

Le prof. Hertwig, actuellement directeur de l'institut anatomo-biologique de l'Université de Berlin, publiait en 1886 un Traité d'embryologie qui fit époque dans la science. Il vient de paraître la traduction française d'un ouvrage élémentaire du même auteur sur le même sujet, et si ce précis ne dépasse pas les dimensions du Traité paru il y a vingt ans, malgré les nombreux progrès accomplis depuis lors dans le domaine de l'embryologie, c'est que le savant professeur, écrivant cette fois pour les débutants, a fait une sélection dans la foule des documents accumulés, ne retenant que ceux qui lui ont paru intéressants et nouveaux et ne s'arrêtant qu'aux théories réellement directrices. Il a néanmoins donné à ses descriptions tous les développements nécessaires pour les faire bien comprendre, et nous ne doutons pas que la traduction de son nouvel ouvrage, lequel en est déjà à sa seconde édition, n'obtienne un légitime succès auprès des lecteurs de langue française.

VARIÉTÉS

Compte rendu sur la jurisprudence et la littérature médicale spéciales aux accidents du travail.

Lumbago traumatique.

Y a-t-il quelque médecin qui n'ait vu, une fois ou l'autre, dans sa pratique, un ouvrier se présenter à lui, le torse penché en avant, la figure portant l'empreinte d'une souffrance plus ou moins contenue, économe de ses mouvements, s'asseyant avec peine, se levant avec plus de difficulté encore, figé, en somme, dans l'attitude de l'homme dont les intestins sont le siège de quelque douloureux événement — et qui, au surplus, ne se soit posé cette question : Suis-je en face d'un malade ou d'un simulateur ?

Digitized by Google

Je doute, pour ma part, qu'il en existe beaucoup, étant donné la fréquence de ces douleurs musculaires lombaires que l'on décore communément du nom de « lumbago ».

Dans le domaine de l'assurance-accident, les faits de ce genre sont légion. Le Dr H. Secrétan, dans l'intéressant volume qu'il vient de publier et dont il a été parlé plus haut (p. 309), rapporte que « sur cent ouvriers qui chôment, il y en a huit environ qui ont quitté le travail à la suite d'un effort dorsal ou lombaire. »

Mais ont-ils tous un « *lumbago traumatique* », le seul qui soit susceptible d'engager la responsabilité patronale? C'est ce qu'il importera de préciser dans chaque cas particulier. Et croyez bien que ce ne sera pas toujours aussi facile qu'il le paraît de prime abord, l'affection en question ne s'accompagnant la plupart du temps d'aucun signe objectif permettant au médecin de se faire une opinion juste et de séparer les brebis galeuses du chômage abusif des véritables victimes d'un travail consciencieux.

C'est pourquoi vais-je tenter de résumer brièvement les traits essentiels de l'histoire de ces « tours de reins » dans le but de faciliter la tâche à tel de mes confrères dont l'expérience en l'espèce peut être limitée, mais qui pourra être mis, un jour qu l'autre, en demeure de la mettre à contribution.

Nature de l'accident. — Le lumbago tranmatique succède en général à l'effort déployé pour soulever un poids lourd. Secrétan incrimine, et à juste titre, l'accident suivant: plusieurs ouvriers portent ensemble un poids très lourd ; les uns venant à lâcher, toute la masse pèse brusquement sur les mains des autres ouvriors, qui font un effort subit et violent des reins pour la maintenir et l'empêcher d'écraser leurs pieds.

Il faut ajouter : l'effort accompli pour rétablir l'équilibre du corps, lorsque le pied glisse, surtout si l'ouvrier est porteur d'un fardeau; les mouvements qui accompagnent une chute faite dans certaines conditions, etc.

Symptômes. — Il en est un, primordial, fourni par la façon *dont l'ouvrier s'est conduit après l'accident.* Si l'ouvrier a été obligé de cesser son travail, immédiatement ou au bout de quelques heures, à cause de la douleur qu'il ressent dans le dos, il y a bien des chances pour que l'on ait affaire à une lésion traumatique (exception faite pour les douleurs symptomatiques d'affections latentes). Mais si le sinistré continue à travailler une demi-journée, un jour ou même davantage, il y a lieu de ne pas considérer l'affection comme ayant un rapport avec l'accident.

Il ne faut pas oublier non plus que certains lumbagos rhumatismaux peuvent débuter brusquement, instantanement à l'occasion d'un effort même insignifiant et revêtir d'emblée une allure qui pourrait les faire confondre avec une lésion traumatique.

Le traitement au salicytate de soude sera la pierre de touche de ces cas-là.

En dehors de ce symptôme, — le mode d'apparition — il n'est point rare qu'on soit réduit à la pénurie la plus complète en fait d'éléments d'appréciation sur la nature de l'affection.

Digitized by Google

Les ruptures musculaires des masses lombaires peuvent être peu étendues et ne s'accompagner d'aucun autre symptôme que la douleur et l'immobilisation du tronc, deux choses qu'il n'est point malaisé de simuler.

Le gonflement, la crépitation pendant les mouvements, l'ecchymose manquent le plus souvent. Quand ils existent, par contre, le doute n'est plus permis.

La *douleur*, si bien analysée et décrite par Secrétan, « siège le plus souvent dans la masse lombaire ; elle est quelquefois bilatérale. Elle siège aussi quelquefois au-dessous de la crête iliaque, au niveau de l'insertion du fessier. En général le sinistré peut la localiser, mais il arrive que des sinistrés sincères accusent une douleur diffuse, ou la localisent sur les points les plus variés. Cette douleur occasionne la rigidité de la musculature pendant les mouvements de flexion, et rend impossible le mouvement nécessaire pour ramasser un objet situé par terre, en fléchissant le dos. »

Deux fois seulement sur *plusieurs centaines* de cas, Secrétan a contaté un *signe perceptible* de la lésion anatomique: « au niveau du point douloureux existait un petit gonflement semblable à un foyer de contraction idio-musculaire de la masse lombaire droite. Cette voussure, élastique, était douloureuse à la pression. Trois jours plus tard apparaissait une ecchymose. »

En face d'un sinistré qu'il doit examiner à ce propos, Secrétan observe, avec soin, le relief du dos malade et note la moindre voussure. Puis il demande ensuite au malade de mettre la main sur le point douloureux. Si la voussure coïncide avec le point désigné, on peut être bien disposé envers l'ouvrier.

Parfois, on constate la présence d'une voussure assez considérable, mais, en somme, on peut dire que *le lumbago traumatique se traduit très rarement par des signes certains.*

Fréquence. — Forgue et Jeanbrau considèrent que le lumbago traumatique est très rarement un accident du travail. Kaufmann pense que, même dans les cas d'éffort déployé pour soulever une grosse charge, il ne s'agit pas de lumbago vrai, mais d'une douleur causée par le rhumatisme ou l'alcoolisme chronique. Cet auteur admet, pourtant, l'existence du lumbago traumatique.

Diagnostic. — Comme nous l'avons vu, le diagnostic du lumbago traumatique peut-être très délicat. Le traitement salicylé permettra souvent de le différencier du rhumatisme.

Il faut prendre garde également au fait que la douleur lombaire brusque et la rigidité musculaire qui caractérisent le lumbago traumatique peuvent être symptomatiques, d'une lésion de voisinage plus ou moins torpide (pleurésie subaiguë, mal de Pott, affection médullaire ou radiculaire) ou d'une infection générale (variole, syphilis, ostéite, grippe, etc.) L'erreur ayant été commise, il importe de la signaler.

Simulation. — Elle est fréquente parce que trop facile. Il n'est point

Digitized by Google

aisé, toujours, de la démontrer, car nous ne connaissons aucun moyen certain permettant de l'établir.

Un de nos confrères, très versé dans la pratique de l'assurance-accident, me disait l'autre jour, qu'il a l'habitude, quand un malade de ce genre se présente à lui, de lui dire qu'il est très pressé, qu'il ne peut consacrer que fort peu de temps à l'examen de la lésion et qu'en conséquence il importe de se dépêcher. L'ouvrier s'empresse généralement de se dévêtir : la façon dont il procédera à cet acte indiquera souvent d'emblée si l'on a affaire à un simulateur ; elle donnera, presque toujours, des indications précieuses sur l'intensité de la lésion et de la douleur qu'elle procure.

Autre trait : les simulateurs immobilisent en général complètement leur colonne vertébrale et prétendent ne pouvoir s'incliner sur le côté. Dans le vrai lumbago, au contraire, l'inclinaison du tronc est toujours possible, grâce à l'élévation de la hanche du côté opposé au mouvement (Forgue et Jeanbrau).

Incapacité de travail, durée du chômage.— Secrétan assigne à la maladie une durée moyenne de *six jours;* Forgue et Jeanbrau *quatre jours.* Un chômage prolongé au dela de ce délai doit être mis sur le compte de la simulation. La *restitutio ad integrum* est la règle.

Traitement.— Moins on y touche, mieux cela vaut ! La douleur se dissipe après un jour ou deux, en continuant le travail. Lorsqu'il ne constate pas de lésion, Secrétan admet que le travail est non seulement possible, *mais utile* au bout de *quatre à cinq jours.* « Plus on s'occupe de ces cas, plus on masse et plus le chômage dure », dit-il. « Nous interdisons l'usage des frictions avec des pommades et les badigeonnages de teinture qui provoquent souvent des éruptions cutanées beaucoup plus longues à guérir que le lumbago lui même. Le repos, quelques bains, et après quatre à six jours la reprise du travail, suffisent. La reprise du travail est le meilleur traitement ; la douleur se dissipe beaucoup plus vite que par l'immobilité prolongée qui la fixe ».

La conclusion de tout ceci est la suivante : Le lumbago traumatique vrai est rare ; on ne doit en admettre l'existence qu'après mûr examen et après avoir écarté toute possibilité de simulation. Sa durée moyenne est de quatre à six jours ; son traitement consiste surtout à engager la victime à reprendre le travail aussi prochainement que possible.

Erratum. — P. 260 du numéro précédent (20 avril), 1re ligne, *lire :* aussi souvent après un traumatisme unique, *et non :* plus souvent.

Dr Charles Julliard.

Mai 1906.

Caisse de secours des médecins suisses. — Dons reçus en Avril 1906.

Argovie. — Drs Röthlisberger, fr. 25 ; A. W. Münch, fr. 15 ; A. Müller, fr. 20 ; H. Steiner, fr. 10 ; Th. Brunner, fr. 10 ; Amsler senior, fr. 10 ; (90+255=255).

Digitized by Google

Bâle-Campagne. — Dr H. Augustin, fr. 10, (10+170=180).

Bâle-Ville. — Drs S. Bider, fr. 20; M. Bider, fr. 20; A. Breitenstein, fr. 20; C. B., fr. 10; A. C., fr. 30; L. G. Courvoisier, prof., fr. 20; F. E., fr. 20; Enderlen, prof., fr. 20; E. F., fr. 50; N. N., fr. 10; A. H., fr. 30; C. H., fr. 30; Jaquet, prof., fr. 20; R. M., fr. 25; M. A., fr. 10; J. Oberer, fr. 15; J. E. R., fr. 20; Mlle E. Rhyner, fr. 10; L. R., fr. 10; G. F. Schumacher, fr. 20; Siebenmann, prof., fr. 40: A. Stähelin, fr. 20; E. W., fr. 25; E. W., fr. 5; E. Veillon, fr. 20, (520+290=810).

Berne. — Drs H. Hauswirth, fr. 10; Collon, fr. 10; Jadassohn, prof., fr. 20; B. Isch, fr. 10; Th. Kocher, prof., fr. 50; Th. Langhans, prof., fr. 20; La Nicca, fr. 15; Anonyme, fr. 20; A. Strelin, fr. 10; M. Walthard, prof., fr. 20; de Werdt, fr. 20; P. Fetscherin, fr. 10; R. Gerster, fr. 10; H. Christen, fr. 10; E. A., Grandjean, fr. 10; A. Michel, fr. 10; A. Seiler, fr. 10; E. Le Grand, fr. 10; E. Liechti, fr. 10; H. Schenk, fr. 10; de Lerber, fr. 10; C. Körber, fr. 10; R. Stucki, fr. 10; G. Glaser, fr. 10; Moll, fr. 10; Escher, fr. 25; A. Müller, fr. 20; H. Kopf, fr. 10; C. Schwander, fr. 20, (420+555=975).

St-Gall. — Drs E. Schärer, fr. 10; Weiss, fr. 20; J. Frey, fr. 10; A. Hartmann, fr. 10; F. Custer, fr. 10; Ottiger, fr. 10; J. Schönenberger, fr. 10; M. Müller, fr. 4; H. Senn, fr. 20, (104+250=354).

Genève. — Drs Ch. Müller, fr. 10; L. Boissonnas, fr. 10; M. L. Dunant, fr. 10; D'Espine, prof., fr. 20; H. A., fr. 5; P.-L. Ladame, fr. 10; Wintzenried, fr. 10, (75+210=285).

Glaris. — Dr B. F. de Tscharner, fr. 10, (10+20=30).

Grisons. — Drs O. Amrein, fr. 20; O. Burckhardt, fr. 10; A de Stürler, fr. 50; A. Brecke, fr. 10; F. Jessen, fr. 10; A. Nebel, 10; Peters, fr. 10; H. Philippi, fr. 20; B. Semademi, « En mémoire d'un bon ami », fr. 50; J. Hitz, fr. 10; L. Antognini, fr. 5; Albrici, 10; Flury, 15 (250+220=470).

Lucerne. — Drs H. Genhart, fr. 10; Th. Hug, fr. 10; J. Kopp, fr. 10; N. Rietschy, fr. 5; F. Stocker, fr. 100; V. Troller, fr. 10; J. Naef, fr 10, (155+130=285).

Neuchâtel. — Drs L. Bacharach, fr. 10; F. de Quervain, fr. 15; G. Gander, fr. 15; L. Droz, fr. 20; A. de Pourtalès, fr. 20; E. de Reynier, père, fr. 10, (80+30=110).

Schwyz. — Dr F. Kälin, fr. 10, (10+60=70).

Soleure. — Drs Girard, fr. 10; Bott, fr. 10; W. Kottmann, fr. 20, (40+110=150).

Thurgovie. — Drs Bäumlin, fr. 20; Bezzola, fr. 20; Debrunner, fr. 20; Wehrli, fr. 20; O. Ullmann, fr. 50; Stierlin, fr. 5; A. Wartensweiler, fr. 10, (145+240=485).

Unterwalden. — Dr H. Müllhaupt, fr. 10; (10).

Vaud. — Drs J. Mack, fr. 10; Demiéville, prof., fr. 20; M. Dufour, prof., fr. 20; Heer, fr. 10; Roux, prof., fr. 100; H. Carrard, fr. 20; F. Mercanton, fr. 10; R. Wagner, fr. 10; Cunier, fr. 10; Vuilleumier, fr. 10; de la Harpe (Vevey), fr. 10; H. Zbinden, fr. 20, (250+200=450).

Zoug. — Dr C. Zurcher, fr. 10, (10+50=60).

Zurich. — Drs A. Grob, fr. 5; J. Abderhalden, fr. 10; A. Knaus, fr. 10; J. Bucher, fr. 20; Kælin, fr. 10; Th Christen, fr. 10; H. Biber, fr. 10; Th. Oehninger, fr. 10; R. Frey, fr. 10; E. Vetter, fr. 20; A. Frick, fr. 10; Ricklin, fr. 20; J. Nadler, fr. 20; W. Meili, fr. 10; A. Brunner, fr. 10; R. Hegner, fr. 10; H. Koller, fr. 10; K. Meyer, fr. 10; H. Ziegler, fr. 15; G. Bindschedler, fr. 5; E. Bion, fr. 20; M. E., fr. 20; Mlle A. Heer, fr. 20; A. Huber, fr. 25; J. Jung, fr. 50; Schlatter, prof. fr. 20; A. Wedekind, fr. 10, (440+570=1010).

Divers. — Dr Kappeler, Constance, fr. 25; Institut suisse bactério-thérapique et vaccinal à Berne, du bénéfice de cette année, fr. 500, (525+50=575). Ensemble, fr. 3144; Dons précédents de 1906, fr. 3595; Total, fr. 6739.

Bâle, 1 Mai 1906.

Le Caissier : Dr P. Von der Mühll
Aeschengraben, 20

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE, 18 PÉLISSERIE, GENÈVE

Digitized by Google

XXVIme ANNEE. — N° 6. 20 JUIN 1906.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude des fractures du calcanéum

Par G. Mioni.

(Clinique chirurgicale de l'Université de Lausanne, Prof. Dr Roux.)

Dans un intéressant travail, paru il y a peu de temps, M. Bær[1] insiste sur la nécessité d'étudier les fractures du calcanéum sur des radiographies prises non seulement avec des projections latérales, mais aussi avec des projections verticales, de façon à mettre mieux en lumière la région du sustentaculum. Il a pu ainsi mettre en évidence l'existence d'un plan oblique de fracture qui sépare le calcanéum en deux fragments, dont l'un est antéro-interne, l'autre postéro-externe. Ces fractures obliques sont souvent confondues, dans les radiographies latérales du pied, avec d'autres fractures ordinaires par écrasement ou tassement de l'os.

Pendant mon séjour à la Clinique chirurgicale de Lausanne, M. le professeur Roux m'a donné l'idée de rechercher sur des cas anciens et récents de fracture du calcanéum la proportion des fractures diagonales, de voir si le procédé de Bær s'applique aux cas anciens, et de faire à ce sujet certaines recherches cliniques. Qu'il me soit permis d'exprimer ma reconnaissance à M. le professeur Roux qui a mis à ma disposition son riche matériel et qui m'a prodigué ses conseils pendant mes recherches.

Les fractures du calcanéum ont été longtemps méconnues et souvent confondues avec l'entorse tibio-tarsienne ou la fracture du péroné.

[1] Beiträge zur Lehre der Fersenbeinbruche. Sonderabdruck aus *Physikalisch-Medizin*, Heft II, 1905.

Digitized by Google

Garengeot[1] parle le premier de la fracture isolée du talon. J.-L. Petit, puis Boyer, Bottentuit, Lisfranc, Custance, dans la première moitié du siècle passé, en ont décrit quelque cas; ces auteurs incriminent toujours une violente contraction musculaire, qui aurait produit l'arrachement d'une partie de la grosse tubérosité du calcanéum.

Il faut arriver à Malgaigne (1843) pour entendre parler d'une fracture par écrasement; celle-ci a été étudiée depuis par nombre d'auteurs; parmi les plus anciens nous citerons les travaux de Voillemier, Béringuier, Legouest, Pradel[2] et Paszkowsky[3].

Les fractures du calcanéum ont été considérées, jusqu'il y a peu de temps, comme des lésions très rares; Polaillon les a rencontrées deux fois sur 1529 fractures, Norris une fois sur 2190. C'est seulement après l'entrée en vigueur des lois sur l'assurance contre les accidents du travail que le nombre des cas publiés est devenu plus considérable. Selon Ehret les fractures du calcanéum représentent le 2,33 ⁰⁰ de toutes lésions traumatiques; Golebiewsky fait monter ce chiffre à 3,8 %.

Ces fractures se produisent par *arrachement* ou par *écrasement*.

A. — Les *fractures par arrachement* ont pour cause une forte contraction des muscles du mollet survenant dans une chute d'un lieu élevé, les pieds se trouvant en flexion plantaire.

Maydl[4] relate 13 cas de ce genre; Gussenbauer[5] et Schmidt[6] ajoutent d'autres observations analogues. Ballenghien, dans un excellent travail sur les fractures du pied, dit[7]:

« Les différentes causes des fractures par arrachement sont « toujours indirectes; quand un sujet tombe sur la pointe des « pieds, les gastrocnémiens, déjà légèrement revenus sur « eux-mêmes, sont brusquement violentés et se rétractent sur-« le-champ avec une grande violence.

« Le poids du corps, multiplié par la vitesse acquise (résis-« tance), tend à porter violemment en bas la partie antérieure

[1] Traite des opérations, 1720.
[2] *Thèse de Paris*, 1875.
[3] *Thèse de Paris*, 1880.
[4] *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1883, XVIII, p. 113.
[5] *Prag. med. Woch.*, 1888, p. 161.
[6] *Revue méd. de l'Est*, février 1886, p. 85.
[7] *Thèse de Lille*, 1890, p. 61.

Digitized by Google

« du calcanéum (point d'appui), tandis que la partie postérieure « se trouve vigoureusement enlevée par le tendon d'Achille « (puissance).

« Il s'agit, comme on le voit, d'un levier de deuxième genre, « et l'os du talon peut alors se briser, comme le bâton à l'aide « duquel on chercherait à soulever un lourde pierre ».

Quand la solidité du calcanéum n'est pas suffisante, une portion plus ou moins considérable de cet os se trouve arrachée ; chez les jeunes sujets, il peut alors se produire un arrachement de l'épiphyse qui donne insertion au tendon d'Achille (Hilton).

D'après Tillaux une contraction violente des gastrocnémiens pourrait déterminer un arrachement de la partie du calcanéum sur laquelle s'insère le tendon d'Achille, mais en général ce serait plutôt, d'après le même auteur, le tendon lui même qui cèderait.

En tout cas, lorsqu'une fracture se produit dans ces conditions, c'est à dire par arrachement, la solution de continuité est transversale, plus ou moins perpendiculaire au grand axe de l'os, et toujours située en arrière de l'articulation astragalo-calcanéenne.

La partie de l'os arrachée est entrainée en haut avec le tendon d'Achille ; il existe, par conséquent, entre les deux fragments une dépression, facilement appréciable à la vue et à la palpation et qui augmente ou diminue par l'extension ou la flexion du pied sur la jambe.

Le pied est ordinairement en flexion dorsale ; la flexion plantaire est impossible.

Le malade accuse une douleur vive au talon, douleur qui s'exagère par la pression du pied sur le sol, quand le blessé essaie de se tenir debout.

On constate autour des malléoles et à la partie inférieure de la jambe une ecchymose plus ou moins considérable.

On obtient facilement de la crépitation en mettant les deux fragments en contact, et pour cela il suffit parfois d'exercer une simple pression du doigt sur le fragment arraché, lorsque par la traction des muscles du mollet ce fragment forme avec l'autre fragment un angle d'écartement à ouverture inférieure (phénomène de la touche de piano — Ballenghien).

Cette fracture ne s'accompagne, en général, d'aucune complication ; la guérison se fait par un cal fibreux.

Le traitement consiste dans la réduction et la coaptation des

Digitized by Google

fragments. On a conseillé plusieurs procédés pour obtenir ce résultat : la pantoufle de J. L. Petit, la chaussure de Schneider, l'appareil de Thillage, mais nous croyons qu'un appareil immobilisateur bien appliqué (appareil plâtré) avec attelle dorsale ou plantaire, peut généralement suffire.

Ballenghien parle encore d'une variété rare de fracture par arrachement du tubercule de la face externe du calcanéum, qui reste attaché au ligament péronéo-calcanéen dans la brusque rotation en dedans du pied.

Bidder[1] relate un cas de cette nature, dans lequel on observait une tuméfaction et une ecchymose à 2 cm. au dessous de la malléole externe et on constatait à ce niveau la présence d'un frangment osseux mobile.

Ces fractures parcellaires sont rares et n'ont en pratique qu'une importance très secondaire.

B. — Les *fractures par écrasement* sont bien plus fréquentes. Elles sont quelquefois dues à un choc reçu, dans la majorité des cas, sur les parties latérales du pied, elles sont alors de nature très variable et n'offrent pas à l'étude des caractères bien tranchés.

Plus souvent, au contraire, elles résultent d'un mécanisme beaucoup plus caractéristique, savoir d'une chute d'un lieu élevé sur la plante des pieds en position militaire. Elles sont alors fréquemment bilatérales. Leur mécanisme a été l'objet de plusieurs théories.

Pour Béringuier[2], la voûte du tarse représente un arc dont la corde est constituée par l'aponévrose plantaire et les muscles fléchisseurs qui vont du calcanéum aux orteils ; cet auteur attribuait la fracture à l'obstacle que ces parties apporteraient à l'affaissement de la voûte plantaire soumise à une forte pression.

Legouest a remplacé cette hypothèse par la théorie de *l'éclatement*. D'après lui, dans les chutes sur la plante du pied reposant à plat, le poids du corps, transmis tout entier à l'astragale. tend à chasser cet os en avant, à enfoncer sa tête dans la plante du pied et à effacer la voûte plantaire en faisant éclater sous sa pression les parties sous-jacentes du calcanéum.

Ballenghien dit « que dans ces conditions la tête de l'astra-« gale, chassée en bas et en dedans, fait éclater d'emblée la pe-

[1] *Centralbl. f. Chir.*, 1881.
[2] *Journal de Chirurgie*, 1843.

Digitized by Google

« tite apophyse du calcanéum. Si la pression est suffisante, l'a-
« pophyse externe de l'astragale, crochet osseux d'une grande
« résistance, tend à glisser dans la gouttière de la face supé-
« rieure du calcanéum en tassant le ligament interosseux, s'en-
« fonce à la manière d'un coin dans cette portion de l'os, où le
« tissus spongieux est remarquablement raréfié, le fait éclater
« et le triture ensuite.

« Pendant ce temps, le corps de l'astragale complète l'écar-
« tement par son bord postéro-externe, tandis que le plein de
« sa face inférieure presse sur la grande facette articulaire du
« calcanéum et risque de produire la pénétration des fragments. »

La direction des fractures par écrasement peut varier dans des limites très étendues.

Lorsque le pied tombe en pronation, la partie atteinte est surtout le *sustentaculum tali*, tandis que, dans la supination, c'est le bord extérieur de l'os qui souffre davantage. En flexion dorsale c'est sa partie postérieure qui est écrasée, parce que le pied étant légèrement relevé, c'est le talon proprement dit qui supporte toute la pression, tandis qu'en flexion plantaire les parties antérieures du calcanéum sont plus gravement atteintes.

Les traits de fracture peuvent donc varier beaucoup. Quelques auteurs ont décrit des fractures passant par le plan transversal, avec fissures plus ou moins perpendiculaires; Malgaigne a rapporté trois cas dans lesquels le calcanéum s'était fracturé en deux moitiés superposées et la supérieure s'était enfoncée en avant dans le tissu spongieux de l'inférieure ; d'autres soutiennent que la direction générale de ces fractures est antéro-postérieure (plan sagittal). La fracture, dans ces cas, débuterait par une fente verticale pour se terminer sur la partie antérieure du calcanéum par plusieurs fissures divisant l'os en plusieurs fragments.

Ces conceptions diverses sur les fractures du calcanéum résultent soit de l'examen direct du pied à travers les parties molles, soit de celui de pièces anatomiques. Mais ce n'est qu'à la suite de l'application de la radiographie à l'étude des fractures qu'on a pu se faire une idée nette et exacte sur les altérations de structure du calcanéum fracturé.

Dans les préparations pathologiques, surtout dans celles d'ancienne date, on peut être induit en erreur par l'épaississement considérable que présente l'os autour du foyer de fracture. L'examen radiographique a le grand avantage de donner

Digitized by Google

une projection de tout l'intérieur de l'os et permet de reconnaître des fissures là où l'anatomo-pathologiste, arrivant plus tard, rencontrerait les plus grandes difficultés.

Naturellement ces recherches exigent une certaine habileté et c'est seulement après des nombreux essais préliminaires qu'on peut se mettre en garde contre les diverses sources d'erreur.

Dans son très intéressant travail déjà cité, Baer a expose une méthode rationnelle d'examen du calcanéum par les rayons X. Il insiste sur la nécessité de faire les radiographies dans les plans sagittal et frontal ou horizontal.

Les projections latérales peuvent mettre en lumière soit l'un, soit l'autre côté du pied. Les projections verticales sont plus difficiles à obtenir. Il faut prendre les épreuves, le patient étant debout, les genoux légèrement fléchis et approcher la lampe aussi près du creux poplité que le permettent les appareils électriques. La plaque sensible se trouve alors sous la plante du pied.

Baer conseille encore de faire d'autre projections en mettant le pied en flexion dorsale maxima; la plaque se trouve alors appliquée directement sur le mollet; on a ainsi une vue étendue sur la région du sustentaculum, ce qui permet de diagnostiquer avec précision les fractures, si importantes, de cette région.

Pour ce qui concerne les fractures du corps du calcanéum, Baer, après avoir examiné six cas, a constaté, presque constamment l'existence d'un trait de fracture principal allant d'arrière en avant; cette ligne divise le calcanéum en deux parties nettement distinctes, dont l'une est antéro-interne, l'autre postéro-externe. Il appelle cette fracture *Scherungsbruch*, ce que nous pourrions traduire par: *fracture oblique* ou *diagonale*.

La partie antéro-interne correspond aux os qui trasmettent au calcanéum le poids du corps; la partie postéro-externe se trouve en dehors de ce centre de gravité.

Le mécanisme de la plupart des fractures par tassement, mis ainsi en lumière, doit être compris comme une séparation du calcanéum en deux parties et non pas comme une compression de la subtance spongieuse, ainsi qu'on l'avait admis jusqu'ici.

Enfin Baer dit avoir souvent remarqué un changement de

Digitized by Google

position des fragments dans le sens d'une rotation autour d'un axe antéro-postérieur; on peut mieux se rendre compte de cette rotation sur les projections verticales.

J'ai pu examiner personnellement à la Clinique chirurgicale de Lausanne six cas de fractures du calcanéum par tassement, de date tout à fait récente; les malades étaient venus à l'hôpital quelques heures ou quelques jours seulement après l'accident.

Ayant en outre trouvé dans les registres de la Clinique la relation d'une quinzaine des cas analogues observés pendant les dix dernières années, il m'a été possible de retrouver pour cinq de ces cas les anciens malades et de les examiner au point de vue de leur état actuel et des troubles fonctionnels qu'ils accusaient encore, en contrôlant les status par l'examen radiographique.

Je me bornerai à décrire seulement les onze cas que j'ai pu voir moi même.

La symptomatologie de ces fractures par tassement, à part quelques légères variations individuelles tenant à la plus ou moins grande violence du choc, reste la même dans la plupart des cas.

Il s'agit d'individus tombés d'une hauteur, qui ne doit pas être nécessairement aussi considérable qu'on le suppose généralement, et qui sont arrivés sur le sol debout, en position militaire.

La plupart n'ont pas pu se relever; ils ont accusé une vive douleur à l'un des talons et parfois aux deux.

Il est arrivé, mais rarement, que le blessé a pu encore marcher après l'accident, et c'est alors quelques heures plus tard seulement que les douleurs ont empêché la marche.

Dans tous les cas le pied enfle beaucoup; une ecchymose plus ou moins étendue occupe la région sous-malléolaire, la plante et le dos du pied et descend même quelquefois jusqu'aux orteils.

On peut relever encore d'autres signes importants, qui feront varier le pronostic d'une manière très appréciable.

Ainsi en empaumant le deux talons à la fois, on constate facilement l'élargissement, dans le sens transversal du calcanéum fracturé; la dépression sous-malléolaire interne est complètement effacée, elle est même remplacée par une saillie anormale résistante et douloureuse à la pression; la voûte plantaire est

Digitized by Google

affaissée et il y a diminution de la distance du sol au sommet des malléoles, surtout du coté interne.

Le pied est ordinairement déjeté en dehors (pronation).

Il est difficile de démontrer la mobilité ; la crépitation manque souvent ou bien elle est obscure et ne peut s'obtenir qu'en prenant le pied à pleines mains et en lui faisant faire des mouvements de torsion et de latéralité.

Tous les mouvements actifs et passifs sont réduits ; quelques-uns comme ceux de pronation et de supination sont impossibles.

La station debout est également impossible ; la pression dans l'axe de la jambe est douloureuse et les douleurs s'irradient souvent sur le côté externe du pied en partant du voisinage de la malléole (nerf péronier ?).

Ces cas sont ceux qui doivent rendre le médecin plus réservé dans son appréciation au point de vue de la *restitutio ad integrum* fonctionnelle.

On peut affirmer sans crainte que, de toutes les fractures habituellement observées chez les adultes sains de 20 à 40 ans, les plus longues à guérir sont celles du calcanéum.

Quelques unes d'entre elles guérissent dans l'espace de quelques semaines et permettent au sinistré de reprendre le travail sans le gêner guère, tandis que d'autres (fait capital en matière d'assurance) trainent pendant des mois et ni massage, ni gynnastique passive ou active ne semblent devoir rendre au blessé la fonction normale et complète du pied.

L'examen radiographique nous a rendu d'exellents services à ce propos. Nous avons pu voir, par ce moyen, que les fractures frontales du calcanéum n'ont guère de conséquences fâcheuses, tandis que les fractures obliques, les « *Scherungsbruch* » de Baer, dans lesquelles le fragment interne qui porte le *sustentaculum tali* a été tassé et chassé en bas, représentent le genre de fractures dont on doit redouter le plus les résultats lointains.

Dans ces dernières, quoi qu'on fasse, le fragment antéro-interne ne peut, tout d'abord, être compéltement réduit ; en outre, dès que le malade se lève après quelques semaines passées au lit, le poids du corps qui pèse presque entièrement sur ce fragment, tend à le chasser toujours plus bas, tandis que le fragment postéro-externe subit une sorte de rotation et remonte vers la malléole externe.

Il en résulte, d'une part la formation d'une sorte de pied plat, avec tous ses inconvénients, et d'autre part la compression

Digitized by Google

des tendons et des nerfs péroniers latéraux, qui sont pincés entre la malléole externe et le fragment postérieur avec son cal.

A l'examen radiographique, comme, on peut le voir d'après les photographies qu'on trouvera à la fin de ce travail, on remarque deux faits intéressants :

Dans les projections latérales nous pouvons constater l'existence de traits de fracture très divers, mais ce qui frappe le plus souvent, c'est le déplacement en masse du sustentaculum en bas ; dans ces mêmes cas par des projections de haut en bas on obtient une image très concluante, surtout si l'on peut faire la comparaison avec le côté sain. On voit alors en effet que le creux qui existe normalement sur le bord interne du calcanéum se trouve plus ou moins complètement rempli par une masse osseuse et souvent on peut mettre en évidence le commencement de la ligne de fracture qui est alors toujours oblique.

Les radiographies prises seulement de côté peuvent être une source d'erreur et ne pas révéler les fractures diagonales, d'où la nécessité de contrôler ces résultats par ceux qu'on obtient avec le procédé de Baer.

Le diagnostic différentiel entre les fractures transverses et les fractures diagonales a une importance capitale, surtout en fait d'assurance ; il faut être bien sûr qu'il ne s'agit pas d'une de ces dernières avant de traiter les blessés de simulants ou de paresseux, lorsqu'ils se plaignent longtemps encore après l'accident.

Nous terminerons en résumant rapidement l'histoire clinique des cas que nous avons examinés et en insistant surtout sur les données de l'examen radiographique et sur les troubles fonctionels qui sont plus ou moins marqués, selon le genre de la fracture.

Nous passerons en revue d'abord les cas récents, ensuite ceux de date ancienne.

(A suivre [1])

[1] Nous sommes, au moment de mettre sous presse, obligés d'ajourner la publication de la seconde partie de ce mémoire, les reproductions des radiographies qui doivent l'accompagner et que l'auteur avait commandées hors de Genève n'ayant pas encore été exécutées.

Digitized by Google

Quelques mots sur l'œdème traumatique du dos de la main.

par le Dr Eugène Patry.

Dans le numéro du 20 mai 1903 de cette *Revue* j'ai publié les 48 cas de cette affection que j'avais eu l'occasion de soigner pendant les années 1900, 1901 et 1902.

Comme conclusion je disais : « Pour ma part, je crois que dans la très grande majorité des cas ce sont les lois d'assurance qui ont fait naître cette maladie ; sans elles ces cas seraient une rarissime exception. Actuellement ils sont nombreux et le deviendront toujours davantage, si les assurances n'arrivent pas à lutter contre ce que j'estime être une exploitation frauduleuse. »

Divers articles dans différents pays ont été publiés sur ce sujet. Il n'est pas possible de tenir compte d'un grand nombre d'entre eux, car ils ne sont fondés que sur un seul et unique cas ; tirer des conclusions sur la fraude ou non dans ces conditions ne me parait pas devoir être scientifiquement convainquant.

Le Dr Secrétan, de Lausanne, dans l'intéressant ouvrage sur « l'assurance contre les accidents » qu'il vient de publier consacre à ce sujet un chapitre remarquable à plusieurs points de vue

Je ne veux faire de la maladie ni l'historique ni le tableau complet. Ses symptômes sont suffisamment décrits dans les divers articles parus sur ce sujet : Secrétan, Forgue et Jeanbrau, Cheinisse, etc.

Mon but est de compléter ma statistique personnelle en communiquant un résumé des cas que j'ai soignés durant ces trois dernières années soit 1903, 1904 et 1905. Je crois que pour le pronostic et le traitement, cette publication pourra rendre quelques services à mes confrères appelés à soigner des malades d'assurances.

L'étiologie a été la même pour presque tous les cas : choc reçu sur la main, soit que celle-ci ait été serrée entre deux corps durs, soit que le marteau ait manqué (?) son but et soit venu frapper la main.

Dans aucun des cas que j'ai pu suivre, je ne trouve notée une trace du corps contondant, plaie, ecchymose. etc. Le blessé arrivait à l'assurance avec l'œdème caractéristique comme seul symptôme.

Digitized by Google

La symptomatologie ne m'arrêtera pas non plus, car elle est toujours la même que celle déjà plusieurs fois décrite et très connue des médecins qui s'occupent un peu de la clientèle d'assurance.

Le diagnostic différentiel, est fort bien établi par le Dr Secrétan dans son récent travail, qui rendra de grands services au praticien n'ayant pas une sérieuse expérience de la clientèle d'assurance et lui évitera maintes erreurs.

Je ne m'occuperai ici que du pronostic, des résultats que j'ai obtenus dans ma clientèle et du traitement que j'ai employé.

Le tableau ci-contre résume les divers cas que j'ai traités pour le compte de l'Assurance mutuelle genevoise contre les accidents. J'indique, comme dans mon précédent article, quelle a été l'indemnité accordée après le traitement, estimant que c'est la meilleure manière de montrer le degré d'invalidité persistant.

J'ai donc eu à traiter, pendant les années 1903, 1904 et 1905, 22 cas au lieu de 48 pendant les années 1900 à 1902, c'est à dire moins de la moitié.

Cette diminution ne tient pas au fait qu'il y a eu moins d'accidents pendant cette période, car du 1er janvier 1903 au 31 décembre 1905 j'ai eu 5155 cas de toute nature à soigner, tandis que du 1er janvier 1900 au 31 décembre 1902 j'en avais eu 5904. Je l'expliquerai volontiers en montrant que le règlement du sinistre, au point de vue indemnité, a été tout autre.

En effet, tandis que sur les 18 cas de ma statistique de 1903 il n'y avait que 6 cas non indemnisés dont 3 à la suite de procès sur les 22 nouveaux cas que je relate on compte 13 cas réglés sans indemnité. Celle-ci en outre a été bien différente durant ces trois dernières années ! Au lieu d'être de fr. 166.85 par cas en moyenne, elle n'a plus été que de fr. 53.50 !

La durée du chômage a été également fortement abaissée, tandis que pendant les trois années 1900 à 1902 elle a été en moyenne de 48.90 jours, elle a été réduite à 13.58 pendant la période 1903-1904 !

Ces différences sont trop frappantes pour qu'on ne puisse les souligner.

Un second point sur lequel je veux insister est celui-ci : Durant les deux dernières années, sur 15 cas traités je n'en compte que 3 où le blessé ait touché une modeste indemnité.

Comme on le voit, le pronostic de l'affection a considérablement changé dans l'espace de trois ans. Je veux bien que

Digitized by Google

N°	Age ans	Nation	Profession	Côté	Date de l'accident	Durée du traitement	Indemnité en Fr.	OBSERVATIONS
1	17	Italien	Manœuvre	gauche	18 juin 1903	0 jours	0	Embauché le 3 juin 1903; a été refusé, l'enquête démontra qu'il n'y avait pas eu accid.
2	26	—	Id.	Id.	25 oct. »	60 »	300	Embauché le 23 octobre 1903.
3	20	—	Id.	Id.	30 oct. »	9 »	65	» le 26 » »
4	30	—	Maçon	droit	27 oct. »	15 »	150	» le 13 » »
5	26	—	Id.	gauche	3 nov. »	10 »	120	» le 20 » »
6	22	—	Id.	droit	12 déc. »	9 »	76	» le 9 décembre »
7	24	—	Id.	gauche	29 déc. »	14 »	60	
8	28	—	Id.	Id.	4 fév. 1904	13 »	0	
9	28	—	Manœuvre	Id.	24 fév. »	14 »	0	Embauché le 12 janvier 1904.
10	24	—	Id.	Id,	29 avril »	8 »	0	» le 17 mars »
11	24	—	Id.	Id.	30 juin »	6 »	0	
12	24	—	Id.	droit	5 déc. »	12 »	0	
13	47	—	Maçon	gauche	29 déc. »	0 »	0	A été refusé, l'enquête ayant démontré qu'il n'y avait pas eu d'accident.
14	35	—	Id.	Id.	19 janv. 1905	8 »	0	
15	57	—	Manœuvre	Id.	13 mai »	8 »	0	
16	24	—	Id.	droit	25 mai »	26 »	126	
17	20	—	Id.	gauche	26 mai »	12 »	0	Embauché le 19 mai 1905.
18	28	—	Id.	droit	20 juill. »	0 »	0	A été refusé, l'enquête ayant démontré qu'il n'y avait pas eu d'accident.
19	18	—	Id.	Id.	13 oct. »	10 »	0	
20	44	—	Maçon	Id.	14 nov. »	10 »	0	
21	25	—	Manœuvre	gauche	17 nov. »	10 »	80	
22	37	—	Maçon	Id.	23 déc. »	12 »	40	Embauché le 7 novembre 1905.

Digitized by Google

cela tienne au mode de traitement, mais il me sera permis de croire que ce facteur n'est pas seul en cause. Pendant ces six années le médecin a été le même, et je me refuse à croire qu'il ait fait de tels progrès dans la manière de soigner ses malades!! Je penche bien plutôt du côté de l'opinion que ce sont les malades au moins autant que leur médecin qui ont été améliorés!

Il y a encore peu de temps, l'œdème traumatique du dos de la main était la terreur de l'administration aussi bien que du médecin de l'Assurance mutuelle genevoise contre les accidents. J'avais l'impression de soigner des blessés peu intéressants pour la plupart et qui abusaient de la crédulité factice de leur médecin. Actuellement cette lésion, beaucoup plus rare, est devenue quelconque.

A quoi doit-on attribuer cette différence? Dans ces questions on ne peut évidemment pas fournir de preuves matérielles irréfutables, mais j'ai la conviction que trois procès à issue entièrement favorables pour l'assurance n'ont pas été absolument sans effet!

Un point encore qui a certainement sa très grande importance: en médecine et.... en chirurgie il vaut mieux prévenir que guérir. Lorsqu'on a vu quelques cas d'œdème du dos de la main, on pose vite le diagnostic et tel cas qui arrive à la consultation avec un œdème généralisé et mou le 1er mars, par exemple, sera plus localisé et dur le 23, c'est à dire trois semaines après, si le médecin lui laisse le temps d'évoluer comme cela est la règle ou plutôt, dirai-je,.... comme le désire bien souvent son porteur!

C'est pourquoi depuis le 1er janvier 1904 je me suis donné comme règle de placer un appareil plâtré partant du coude et embrassant la main toute entière et *dès la première consultation*.

M. Secrétan dit[1] : « Enfin la simulation peut être contrôlée, et nous avons mis une série de cas dans les appareils plâtrés. Les uns ont été faits par le Dr Senn à l'Hôpital cantonal, les autres à ma policlinique. Le gyps très épais enveloppait toute la main et s'étendait jusqu'au coude plié à angle droit. Or sur douze observations de quinze jours il y a un seul cas où nous avons remarqué une diminution insolite de l'œdème. Chez les autres assurés, au contraire, l'œdème paraissait plus stationnaire grâce à l'immobilisation absolue. Les assurés qui ont con-

[1] H. Secrétan. L'assurance contre les accidents, 3e édit., Genève 1906, p. 17.

Digitized by Google

servé la liberté des mouvements de la main se guérissent plus vite.

« J'ai sous les yeux un rapport adressé par le Dr Senn à l'Assurance mutuelle vaudoise dans lequel il déclare renoncer à contrôler les œdèmes traumatiques par les appareils plâtrés. Il estime que ses observations sont suffisantes et désormais sans objet. »

Je souscris absolument à cette manière de voir, lorsque l'œdème traumatique est devenu dur, ligneux, lorsqu'il est à la période chronique si je puis m'exprimer ainsi.

Mais l'œdème n'est pas dur d'emblée; pour les 70 cas du moins que j'ai pu observer il a toujours débuté par être mou, diffus. C'est à cette période de l'affection qu'il faut à mon avis placer un appareil plâtré et protéger le blessé..... contre lui même souvent.

Comme je l'ai dit plus haut, depuis le 1er janvier 1904 j'ai systématiquement placé, *à la première visite*, l'appareil plâtré en disant à l'ouvrier que s'il enlevait lui-même son appareil, son cas serait de ce fait refusé par l'assurance!

Le résultat a dépassé mes espérances et confirmé mon opinion que si l'œdème traumatique du dos de la main est quelquefois un accident du travail, il est très souvent un moyen facile d'obtenir d'une manière illicite une indemnité.

Sur quinze cas ainsi traités il n'y en a eu que trois où de petites indemnités ont été payées (en tout 146 fr.), c'est-à-dire une moyenne de 16 fr. 33 par cas et un chômage moyen de 12,44 journées. Ces faits se passent de commentaires, je n'insiste pas.

Pour terminer je remarque que l'unanimité italienne, déjà mentionnée dans mon précédent article, s'est maintenue. En passant je dirai à M. Secrétan que l'Italie ne fournit pas à l'Assurance mutuelle genevoise le 90 % des cas; je ne puis préciser exactement la proportion, mais elle n'est certainement pas supérieure au 50 0/0. L'année dernière sur 1688 cas on en trouve 755 concernant des Italiens, soit 45 0/0.

La main gauche a été intéressée 15 fois sur 22! M. Secrétan n'y voit pas une preuve... au contraire, d'auto-traumatisme. Il me sera permis de n'être pas absolument de son avis sur ce point de détail.

Le dernier trimestre de l'année enfin fournit comme dans ma dernière statistique le plus grand nombre de cas, puisque sur

Digitized by Google

22 on en compte 12 arrivés à l'assurance pendant cette période où les travaux touchent à leur fin et où l'argent est devenu plus précieux . . . et pour causes !

Je n'ai jamais eu la prétention de démontrer que l'œdème traumatique du dos de la main était une lésion *toujours* provoquée dans un but illicite. Je suis au contraire bien persuadé qu'ici aussi bien que partout ailleurs en médecine. chaque cas doit être examiné pour lui seul et sans parti pris. Mais, comme le dit M. Secrétan, je crois que, si ce n'est pas une lésion voulue et cherchée, l'œdème du dos de la main, plus que nombre d'autres lésions, facilite l'exagération et la prolongation du chômage. — Au médecin traitant d'ouvrir l'œil et si possible le bon.

La luxation traumatique de la glande lacrymale orbitaire

Par les Drs A. Collomb et F. Doret

médecins à l'Hôpital Rothschild (Genève).

La glande lacrymale orbitaire, qui n'est pas seule à sécréter les larmes, puisque la glande palpébrale, plus petite, et les glandes simples de la conjonctive y contribuent aussi, est une glande en grappe de la forme d'une amande ou d'un haricot aplati, plus ou moins lobulée, longue de 15 à 20^{mm}, large de 8 à 12^{mm} et d'une épaisseur de 3 à 5^{mm}; elle est logée, à la partie externe de la voûte orbitaire, dans une dépression, dans une fossette plus ou moins accusée et son bord antérieur n'arrive pas jusqu'au rebord de l'orbite, mais reste en arrière de 2 à 3^{mm}. Cette glande est enveloppée d'une mince capsule provenant du fascia tarso-orbitaire et quelques brides fibreuses la rattachent au périoste de la voûte, lui formant une sorte de ligament suspenseur.

Ce siège si abrité, si protégé rend très rares les traumatismes *isolés* de la glande lacrymale orbitaire. Desmarres, en 1854, dans son *Traité des maladies des yeux* (T. I, p. 260), dit n'en avoir jamais observé; il a vu par contre la glande être atteinte quelquefois, en même temps que l'œil et les parois orbitaires, par les projectiles d'armes à feu principalement.

Le traumatisme très spécial dont nous avons eu l'occasion

Digitized by Google

d'observer et de photographier un cas typique, a été désigné de différents noms : *luxation, hernie, prolapsus* de la glande lacrymale; il est très rare. Villard[9] qui, en 1903, en publiait un cas n'en avait retrouvé que cinq antérieurs au sien. Le premier appartient à A. de Græfe[1] (1866); le quatrième est du professeur Haltenhoff[4] (1895). Dans ces dernières années, Coppez[10] (1903), Santucci[12-16] (1903 et 1904), Purtscher[13-14] (1903), etc., en ont publié de nouvelles observations et, à ce jour, le nombre de celles-ci, observations détaillées et notes sommaires, se monte, croyons-nous, à dix-sept (voir *Bibliographie*).

Voici notre observation :

Le 28 avril 1906, à la consultation de la Fondation Rothschild (Genève), nous vint, amené par son père, un garçonnet de 5 ans et demi, J. G..., pour un accident oculaire, amené par chute d'une hauteur de près de 3 mètres, dans une maison en construction, sur un sol jonché de pierres brisées, à arêtes aiguës.

L'accident avait eu lieu la veille au matin, soit environ trente heures auparavant, mais un médecin avait vu l'enfant peu d'heures après sa chute et avait fait un premier nettoyage et un pansement d'urgence.

Status. L'enfant présente à l'œil droit un fort gonflement, œdème avec ecchymoses multiples des paupières, surtout de la supérieure, rendant difficiles l'ouverture de celles-ci et l'inspection du globe. A la paupière supérieure, un peu en dehors, on constate, près du rebord orbitaire, à 1 cm. au-dessous du sourcil, une plaie de 12 à 15mm de longueur, légèrement oblique, d'ou fait saillie, quelque peu étranglée, une masse charnue, rougeâtre et peu saignante. Cette masse, vaguement bilobée, mesure à peu près 15mm de longueur, 10 à 12 de largeur et 3 à 4 d'épaisseur; elle est largement pédiculée, ce pédicule allant, dans la profondeur, vers le rebord supéro-externe de l'orbite : *c'est, à n'en pas douter, la glande lacrymale orbitaire qui fait ainsi prolapsus.*

Intervention. Narcose à l'éther. La glande et la plaie sont soigneusement nettoyées des parcelles de terre et de pierres qui y restaient adhérentes; grand lavage avec une solution faible de sublimé; la plaie est agrandie aux ciseaux par large débridement de son angle externe. La glande est alors repoussée, autant qu'il est possible, vers sa loge, sous le rebord orbitaire et nous l'y maintenons au moyen d'une spatule mousse, tandis que nous pratiquons au-devant de son bord quelques sutures profondes.

Digitized by Google

Petit drainage vers l'angle externe, suture de la peau. Injection antitétanique.

Guérison par première intention. Le gonflement diminue rapidement; fils et pansement sont enlevés le cinquième jour. L'enfant quitte l'hôpital le quatorzième jour sans trace de ptosis; il ne reste plus qu'un léger gonflement, sûrement passager, de la paupière supérieure à sa partie externe et, à la palpation, on a peine à sentir un reste d'empâtement vers la loge orbitaire de la glande.

Ajoutons quelques remarques suggérées par la comparaison de ce cas avec ceux des observations antérieures.

Le mécanisme, le *mode de production* de cet accident se répète chaque fois avec de frappantes analogies. C'est toujours une chute violente sur la face, la région orbitaire venant butter contre quelque *corps pointu, à arêtes vives*, qui sectionne la paupière, atteint et ouvre la capsule glandulaire : chute sur un éclat de verre (Græfe, Goldzieher), sur des cailloux brisés (Haltenhoff, Bistis, notre observation), sur des blocs de glace (Ahlström), contre l'angle d'un banc (Hilbert), sur le bord tranchant d'une cuve ou contre un robinet (Villard), contre l'angle d'un mur, dans un escalier (Santucci), sur les pointes d'une palissade (Purtscher), etc.

Un autre point intéressant c'est l'*âge de nos blessés*. Le plus grand nombre des observations a trait à des enfants en très bas âge, un, deux, trois, moins de six ans; quatre concernent de petits blessés de huit, dix, onze et douze ans; au-dessus de cet âge nous ne trouvons que deux jeunes gens de vingt et un ans et une jeune fille de vingt-quatre ans (Panas n'indique pas l'âge exact de son malade et, quant à Jackson, nous n'avons pu avoir de son observation qu'un compte-rendu trop peu explicite).

Y a-t-il là un pur hasard? Le fait que le jeune âge est constamment, plus de quinze fois, rencontré provient-il d'une simple coïncidence ou bien l'âge joue-t-il le rôle d'un facteur étiologique dans la genèse de l'accident? Comme à beaucoup, il nous semble bien difficile de ne pas admettre cette seconde manière de voir, mais c'est dans l'explication de cette particularité étiologique que vont commencer les divergences.

Les uns, avec Ahlström, supposent chez l'enfant une fixation de la glande moins ferme, plus lâche que chez l'adulte. Tant que ce point n'aura pas été établi par des recherches anato-

Digitized by Google

miques précises et répétées, nous demandons la permission de ne voir dans cette explication qu'une pure *tautologie*, rappelant par trop le *cur opium facit dormire* de Molière !

Les enfants, a-t-on dit aussi, tombent plus gauchement, plus inconsidérément, en se gardant moins bien que les personnes plus âgées. L'explication ne nous paraît pas avoir beaucoup plus de valeur que la précédente, car, par ces temps de vélos et d'automobiles, les adultes n'ont, ce semble, rien à envier aux simples bambins pour la violence et l'imprévu des chutes !

Reste une troisième explication, beaucoup plus sérieuse à notre avis : on sait que les arêtes et crêtes osseuses, pas ou peu marquées chez l'enfant, vont se dessinant et s'accentuant avec l'âge et acquièrent chez l'adulte un développement considérable, plus accusé dans le sexe masculin et d'ailleurs variable suivant les individus. Cela est vrai aussi pour le rebord orbitaire. Que l'on compare à ce point de vue la voûte orbitaire d'un crâne d'enfant et d'adulte. Là, le plafond et le rebord orbitaires sont à peu près sur le même plan horizontal ; ici par contre le rebord descend en une saillie puissante devant la paroi orbitaire supérieure ; celle-ci constitue ainsi, non plus un plan, mais une voûte antéro-postérieure dont la flèche mesure plusieurs millimètres et où un organe tel que la glande lacrymale peut être complètement dissimulé.

Une autre question se pose, au sujet de ces luxations traumatiques de la glande lacrymale, celle de l'intervention à adopter : *Faut-il*, lorsqu'on est appelé à temps, qu'une suppuration n'est pas trop à craindre et qu'on peut, au contraire, espérer une première intention, *faut-il pratiquer l'ablation de la glande ou bien en tenter la réduction ?*

Sans doute l'extirpation est très simple, très facile et, d'autre part, elle ne semble pas faire courir à l'œil de grave danger ; elle n'amène pas de sécheresse notable, les autres glandes suffisant à lubréfier le globe. Ce fait a été mis en évidence surtout par les ablations assez nombreuses pratiquées pour d'autres causes plus importantes que la simple luxation ; dans la luxation, quelques auteurs (Goldzieher, Haltenhoff après trois jours, crainte d'infection), Hilbert, Santucci (deuxième cas) ont cru devoir d'emblée pratiquer l'extirpation, et, parmi eux, Coppez seul a noté un peu de sécheresse du globe, mais, quoiqu'il en soit, la physiologie de l'appareil sécrétoire lacrymal reste encore assez mal connue, et si la fonction de la glande

Digitized by Google

orbitaire peut être suppléée dans une certaine mesure, il n'en suit pas que ce soit là un organe inutile et nous n'avons pas le droit de l'extirper sans une raison sérieuse; or, lorsqu'on pouvait intervenir peu de temps après l'accident, la réduction a été pratiquée *le plus souvent;* elle est relativement facile, elle a donné de *bons résultats immédiats et éloignés;* c'est donc, croyons-nous, l'intervention de choix.

BIBLIOGRAPHIE

1. De Græfe. Prolapsus der Thrænendrüse. *Archiv. f. Ophtalmol.*, 1866, XII, 2, p. 224.

2. Goldzieher. Verletzung des linken oberen Augenlides, Prolapsus der Thrænendrüse. *Pester medico-chirurg. Presse* 1876, in *Nagel's Jahresbericht* für 1876, p. 466.

3. Panas. Leçons sur l'appareil lacrymal, 1877, p. 8. — Traité des maladies des yeux, t. 2, p. 321.

4. Haltenhoff. Prolapsus traumatique de la glande lacrymale orbitaire. *Annales d'oculistique*, 1895, T. 113, p. 319.

5. Bistis. Hernie traumatique de la glande lacrymale. *Annales d'oculistique*, T. 114, p. 457.

6. Ahlström. Beitrag zur Kenntniss der traumatischen Dislocation der Thrænendrüse. *Centrabl. f. prackt. Augenheilk.*, 1898, p. 300.

7. Hilbert. Ein Fall von traumatischem Prolaps der Thrænendrüse. *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1900, p. 478.

8. Mittendorf. *Transact. of. ophtalmic Soc.*, 1901. *Centralbl. f. Augenheilk.*, Supplém. 1901, p. 409.

9. Villard. Luxation traumatique de la glande lacrymale orbitaire. *Rev. gén. d'ophtalmol.*, mai 1903, p. 193.

10. Coppez. Cinq cas de tumeurs et pseudo-tumeurs de la glande lacrymale. *Archives d'ophtalmol.*, juin 1903, obs. V. p. 362.

11. José Ramos. Hernie traumatique de la glande lacrymale. *Annales de Oftalm.*, Mexico, févr. 1903, in *Rev. gén. d'ophtalmol.*, juin 1904, p. 280.

12. Santucci. Contributo alla casuistica delle lussazioni traum. della gland. lagrim. *Ann. di ottalmol.* T. XXXII, p. 827-837.

13 et 14. Purtscher. Traumatischer Vorfall der Thrænendrüse. *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, déc. 1903.

15. Kuropatwinsky. Un cas de luxation compliquée de la glande lacrymale. *Postep Okulistyczny*, mai 1903, in *Zeitschrift f. Augenheilk.*, von Kuhnt et v. Michel, X. 4, p. 327 328.

16. Santucci. Der traumatische Vorfall der Thrænendrüse und die Zweckmæssigkeit ihrer Exstirpation. *Centralbl. f. prakt Augenheilk.*, mai 1904.

17. Jackson. Luxation traumatique de la glande lacrymale et corps étranger de l'orbite. *Ophtalmic Record*, août 1904, in *Rev. gén. d'ophtalmol.*, juillet 1905, p. 324.

Digitized by Google

SOCIÉTÉS

COMMISSION MÉDICALE SUISSE

Séances des 17 et 18 février 1906, à Berne.

Membres présents : MM. *de Cérenville*, président, *Feurer*, *Gautier*, *Huber*, *Næf*, *Ost*, *von der Mühl*, *Jaquet* ; M. *Schmid*, directeur du Bureau sanitaire fédéral, assiste à la séance. Excusé : M. *Reali*.

La réunion des délégués du *Centralverein* ayant nommé, dans sa dernière assemblée, son comité pour une nouvelle période, la Commission médicale doit aussi nommer le sien. Sont élus : *Président*, M. de Cérenville ; *vice-président*, M. Feurer ; *secrétaire*, M. Jaquet.

Le président fait savoir à la commission que M. *Trechsel* s'est retiré du Comité du *Centralverein*, ce qui entraîne sa sortie de la Commission médicale. La Commission décide d'adresser à M. Trechsel une lettre de remerciements pour sa longue et utile collaboration. En même temps, le président souhaite la bienvenue au nouveau membre de la Commission, M. le Dr *Næf*, de Zurich.

I. — La première question à l'ordre du jour de la séance est la discussion sur le mémoire que la Commission médicale doit adresser aux Commissions des Chambres fédérales chargées d'étudier *l'avant-projet d'un Code pénal suisse*. Les rapports des sous-commissions de Bâle, Berne, St-Gall, Genève, Lausanne et Zurich ont été coordonnés par M. von der Mühll et condensés en un rapport général qui a été communiqué aux membres de la Commission avant la séance, ce qui a beaucoup facilité la discussion, dont voici les résultats :

La Commission, se plaçant au point de vue médical, demande les modifications suivantes :

Art. 16 : *Irresponsabilité et responsabilité restreinte*. La Commission ne fait pas de proposition spéciale et se contente de remettre aux commissions législatives un mémoire de M. le prof. Bleuler.

La situation des alcooliques vis-à-vis du Code (Art. 34, 35, 57, 253, 254, 255) donne lieu à une discussion approfondie, qui peut être résumée comme suit :

1. L'ivresse volontaire ne doit pas être considérée comme une excuse, tandis que l'ivresse involontaire doit être assimilée aux états de responsabilité restreinte ; 2. toutes les fois que l'alcoolisme de l'inculpé doit entrer en ligne de compte pour l'appréciation de ses actes, on doit demander l'avis des médecins, afin de pouvoir trancher, entr'autres, la question de la curabilité du cas ; 3. le placement d'un buveur curable dans un asile pour la guérison des buveurs ne devrait pas être ordonné accessoirement à la peine, mais devrait remplacer celle-ci.

Art. 60, al. 1 : *Meurtre* et Art. 64, al. 2 : *Avortement*. L'extraction

Digitized by Google

prématurée de l'enfant pratiquée par un médecin patenté, dans le but de sauvegarder la vie ou la santé de la mère, ne doit pas être assimilée à l'avortement ou au meurtre.

A propos des articles 71-73 : *Lésions corporelles*, il a été reconnu qu'il était indispensable de protéger, en une certaine mesure, le médecin ; sans prétendre à un droit professionnel formellement reconnu, les médecins demandent qu'il soit déclaré qu'une intervention pratiquée avec toutes les précautions requises et en observant les règles de la science médicale, ne peut faire l'objet d'une poursuite. Dans ce but, il est proposé de compléter l'article 25 comme suit : Un acte ne peut être réputé délit : 1. lorsqu'il a été commis par un médecin patenté, dans l'exercice de sa profession, en se conformant aux règles prescrites par la science médicale et avec l'assentiment de la personne sur laquelle l'acte a été pratiqué ou de son représentant légal ; 2. lorsqu'il a été commis par un médecin patenté, dans l'exercice de sa profession et en se conformant aux règles prescrites par la science médicale, pour préserver autrui d'un danger imminent, impossible à détourner autrement et menaçant la vie ou l'intégrité corporelle.

On demande aussi qu'il soit donné des règles précises pour apprécier la gravité des lésions corporelles.

Art. 70, alinéa 2 : *Homicide par négligence*. Il est demandé que le Code ne fixe pas un minimum de peine.

Art. 108 : *Violation du secret professionnel*. Cet article a donné lieu à une vive discussion, au cours de laquelle des opinions très divergentes ont été exprimees. Etant donné la difficulté de trouver une solution satisfaisante pour tout le monde, la Commission a renoncé à formuler une proposition catégorique. Par contre, il s'agira de démontrer aux commissions législatives, par des exemples pris dans la réalité, quelles difficultés s'opposent à la sauvegarde du secret médical, afin que ces commissions cherchent à donner à l'article du Code une rédaction plus précise. La situation des caisses de secours en cas de maladie et des sociétés d'assurance, en ce qui concerne le secret professionnel, devra, entr'autres, être nettement déterminée (Art. 178), car, d'après cet article, le médecin peut se trouver en conflit avec les caisses de secours pour faux certificat, ou avec les malades pour violation du secret professionnel.

Art. 110 : *Contrainte*. La Commission demande une aggravation de la peine pour les cas où l'on a amoindri la faculté de résistance de la personne contrainte, en lui faisant absorber de l'alcool ou en la soumettant à une suggestion hypnotique.

Art. 125 : *Attentat à la pudeur commis par un ecclésiastique*. Cet article devrait viser, à côté des ecclésiastiques, d'autres personnes exerçant des fonctions publiques.

Art. 131, alinéa 2 : *Traite des blanches*. Il est proposé d'indiquer, parmi les conditions qui entraînent l'application de la peine prévue à cet alinéa, la faiblesse d'esprit et l'aliénation mentale.

Digitized by Google

Art. 134 : *Débauche contre nature*. Cet article devrait aussi s'appliquer à celui qui favorise la débauche contre nature.

Art. 143, alinéa 2 : *Propagation d'une maladie contagieuse pour les personnes*. La peine ne devrait pas être la « prison » seulement, mais bien « l'amende ou la prison » ; en effet, si la peine prévue est trop grave, il pourra arriver fréquemment que le délinquant soit acquitté, alors qu'il mériterait une certaine punition.

M. *von der Mühll* est chargé de rédiger le mémoire qui sera adressé aux commissions législatives.

II. — La Commission s'occupe ensuite de la requête du Dr *Gerber*, de Bonfol, au sujet de l'*exercice de la médecine dans les localités de la frontière allemande*.

M. Jaquet lit encore une fois la requête de M. Gerber, qui a été présentée à la Commission dans sa dernière séance (10 décembre 1905) ; il ajoute que, d'après les renseignements qu'il a reçus, M. Gerber est actuellement en instance auprès de l'autorité supérieure de l'Alsace, qui a décidé que le *statu quo* serait maintenu jusqu'à ce que la question soit définitivement tranchée.

M. Schmid fait observer que ce cas n'est pas isolé ; des difficultés de la même nature se sont produites à la frontière badoise, les autorités du Grand-Duché de Bade ayant voulu restreindre la pratique d'un vétérinaire thurgovien établi dans les environs de la frontière aux localités badoises situés dans un rayon délimité. Une réclamation du gouvernement thurgovien auprès des autorités du district de Constance étant restée sans effet, le Conseil fédéral a été prié d'intervenir. Ces affaires doivent être traitées à Berlin, par voie diplomatique. Dans le cas de M. Gerber, il conviendrait de transmettre la requête de l'intéressé au Département fédéral de l'intérieur, avec préavis motivé de la Commission médicale. Il en est ainsi décidé par la Commission unanime.

III. — Le troisième objet à l'ordre du jour est le mémoire des délégués du Tessin au sujet de la *patente accordée à des médecins italiens*.

Cette affaire a déjà été discutée par la Commission dans sa dernière séance ; le comité du Centralverein s'en est également occupé. Depuis lors, des renseignements plus précis ont été fournis ; ils ont fait l'objet d'un rapport de M. Feurer, dont les membres de la Chambre médicale ont eu connaissance par voie de circulation du dossier. Voici les faits :

L'article 36 de la loi tessinoise sur l'exercice de la médecine dit ceci : « Pour exercer dans le canton une des branches de l'art de guérir, il est nécessaire de posséder une patente qui est accordée par le Conseil d'Etat. Les médecins étrangers, etc., peuvent exercer leur art dans le canton sans patente lorsqu'il ne s'agit pas d'une pratique ininterrompue ».

Il semble qu'il n'existait pas autrefois d'article indiquant quelles étaient les conditions nécessaires pour obtenir la patente. Dans ce domaine, les cantons sont encore aujourd'hui souverains et ils peuvent autoriser à pratiquer sur leur territoire d'autres personnes que les médecins diplômés par la Confédération.

Digitized by Google

Le règlement pour les examens fédéraux de médecine du 11 décembre 1899 a tenu compte des conditions particulières au Tessin ; il dit, en effet, à l'article 88 : « Par exception et jusqu'à nouvel ordre, le diplôme fédéral pourra être délivré aux médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires suisses de langue italienne qui auront obtenu, dans une des universités ou écoles italiennes désignées par le Conseil fédéral sur le préavis du Comité directeur, un diplôme les autorisant, sans aucune restriction, à exercer dans toute l'étendue de l'Italie ». Les diplômes italiens ainsi reconnus par le Conseil fédéral, sont ceux des universités de Turin, de Pavie, de Padoue, de Pise, de Bologne et de Rome. Mais le Grand Conseil du canton du Tessin a décidé, le 9 novembre 1900, de reviser l'article 37 de la loi déjà citée, en fixant le caractère du diplôme exigé et voici le texte aujourd'hui en vigueur : « La patente per esercitare liberamente nel Cantone le professioni di medico e chirurgo, di dentista, di farmacista e di veterinario è concessa a chi possiede il relativo diploma federale, riservati gli effetti di reciprocità consacrati nei trattati internazionali e le disposizioni federale esistente ». Une exception est autorisée « quando l'interesse degli istituti sanitari publici del Cantone lo ricchiegga ». L'article 2 du décret par lequel est modifié l'article 37 déclare que ces dispositions n'ont pas d'effet rétroactif et ne sont pas applicables aux personnes qui possèdent déjà la patente pour exercer librement dans le canton, non plus qu'aux ressortissants tessinois qui avaient déjà commencé leur études à l'étranger au moment où le décret est entré en vigueur.

Cette loi revisée, qui ne fut acceptée par le Grand Conseil qu'à une voix de majorité, est entrée en vigueur le 24 décembre 1900. Par la suite, le Conseil fédéral a abrogé, le 17 décembre 1903, l'article 88 déjà cité du règlement pour les examens fédéraux de médecine et a déclaré que cette modification déploierait ses effets à partir du 1er janvier 1907. A partir de cette date, le canton du Tessin rentrera dans le droit commun et le diplôme fédéral ne pourra plus y être délivré qu'après un examen fédéral. Depuis le 24 décembre 1900, les étrangers nouvellement établis dans le Tessin et munis d'un diplôme étranger ne sont plus autorisés à pratiquer. Or, il est arrivé à plusieurs reprises, au cours de ces dernières années, que des médecins italiens ont voulu utiliser cette période de transition pour essayer, tout au moins, d'obtenir un diplôme fédéral. Ils ont acquis la nationalité tessinoise et se sont fait nommer médecin d'une commune quelconque, dans l'espoir qu'ils pourraient plus facilement obtenir, de cette manière, le diplôme fédéral. Les Italiens voulaient bénéficier ainsi des facilités que le Conseil fédéral a déclaré formellement être réservées aux étudiants tessinois. Les délégués de la « Società medica della Svizzera italiana » citent 7 cas, dans lesquels les dispositions de la loi ont été violées. Quelques-uns de ces cas ont déjà fait l'objet de recours au Conseil fédéral.

M. Schmid fait, à ce sujet, la communication suivante : La décision du

Digitized by Google

Conseil fédéral, d'après laquelle les diplômes italiens conférés à des étudiants tessinois ne seront plus reconnus à partir du 1er janvier 1907, a eu pour conséquence qu'un certain nombre de médecins italiens se sont fait naturaliser, pensant pouvoir obtenir ainsi le diplôme fédéral. Les autorités fédérales ont toujours refusé les diplômes demandés dans ces conditions ; les médecins tessinois et la Commission médicale peuvent donc se rassurer. Mais le Conseil fédéral ne peut pas aller plus loin. Il n'a pas le droit de s'immiscer dans les affaires intérieures d'un canton. La rédaction du nouvel article 37, al. 2 de la loi tessinoise est telle qu'elle peut être interprétée de diverses manières. Mais l'article 38 dispose que le Conseil d'Etat décide dans les cas douteux après avoir entendu la Commission de Santé. Si les médecins tessinois le veulent, c'est au Grand Conseil qu'ils doivent recourir contre les décisions du Gouvernement tessinois. Ils peuvent aussi s'adresser au Tribunal fédéral.

M. Gautier recommande ce dernier mode de faire, en s'appuyant sur un cas qui s'est présenté à Genève.

En résumé, la Commission arrive à la conclusion que le Gouvernement tessinois a interprété la loi à sa manière, mais qu'il n'est pas démontré avec certitude qu'il y ait eu, de sa part, une violation directe de cette loi.

Il est décidé d'adresser, aux délégués du Tessin, une lettre dans laquelle leur seront communiqués les résultats des démarches faites auprès des autorités fédérales et qui les rendra, en même temps, attentifs à la voie de recours prescrite par la loi.

IV. — La Commission passe à la question l'*art de formuler : enseignement et examen*.

Dans leur réunion du 10 décembre 1905, les délégués du *Centralverein* ont décidé, après avoir entendu et discuté un rapport de M. Jaquet, de soumettre cette question à la Commission médicale, qui aura à se prononcer sur les mesures à prendre. Le rapport[1] ayant circulé parmi les membres de la Commission, M. *Jaquet* se contente d'en donner les conclusions.

M. Schmid : L'art de formuler est certainement très négligé ; il devrait faire l'objet d'un enseignement pratique. D'une manière générale, les études médicales sont dirigées dans un sens trop strictement scientifique et ne tiennent pas suffisamment compte des besoins de la pratique, mais les programmes sont déjà si chargés que l'on ne peut exiger davantage des étudiants ; aussi, si l'on veut ajouter au programme un examen pour l'art de formuler, devra-t-on supprimer quelque chose dans d'autres branches. Le mieux serait peut-être de supprimer l'examen écrit d'hygiène, dont l'utilite n'est pas évidente. M. Schmid verrait avec plaisir l'institution d'un examen de médecin officiel *(Physikatsexamen)*, auquel le rapporteur a fait allusion. On pourrait ainsi décharger notablement les études médicales proprement dites, en attribuant à cet examen spécial

[1] Voir *Correspondenzblatt*, 1906, n° 2, p. 55.

Digitized by Google

toute une série de branches telles que l'hygiène, la médecine légale, la toxicologie et la psychiatrie.

M. de Cérenville estime que notre règlement d'examens doit être remanié de fond en comble ; on devrait commencer par l'enseignement des sciences naturelles, en l'adaptant davantage aux besoins des branches pratiques.

M. Huber est du même avis, mais la question doit d'abord être mûrement étudiée.

M. Jaquet estime qu'un enseignement suffisant de l'art de formuler peut être donné sans imposer une surcharge bien sensible aux étudiants. Les expériences faites à Bâle et à Berne démontrent qu'un cours d'un semestre, à raison de 2 heures par semaine, serait suffisant. Il est d'ailleurs regrettable que nous n'ayons pas en Suisse une autorité supérieure qui puisse s'opposer aux empiètements de certaines branches d'études. Quant à la revision de notre règlement d'examens, demandée par M. de Cérenville. M. Jaquet croit qu'elle ne pourrait se faire sans de grandes difficultés ; pour le moment, on devrait se contenter de réorganiser l'enseignement de l'art de formuler. M. Jaquet présente une proposition dans ce sens.

M. Schmid croit que la réorganisation de l'enseignement médical devrait, tout d'abord, être discutée dans les sociétés cantonales de médecine ; ensuite, les facultés devraient être invitées à se prononcer, ce n'est qu'alors qu'on pourra se faire une idée des besoins existants et des mesures à prendre pour les satisfaire.

La proposition de M. Jaquet est adoptée et la commission décide d'adresser au Département fédéral de l'intérieur une requête demandant la réorganisation de l'enseignement de l'art de formuler et l'institution d'un examen pour cette branche d'études.

Le secrétaire : A. Jaquet.

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Séance du 5 mai 1906

Présidence de M. Gonin, président.

20 membres présents.

MM. *Guilloud,* à Vallorbes et *Payot,* à Lausanne, sont reçus membres de la Société.

Le président donne lecture d'une lettre de M. Schrantz demandant que la Société réclame du Grand Conseil l'introduction d'un article dans la nouvelle loi scolaire interdisant le *balayage des salles d'école* par les enfants, comme il est pratiqué actuellement dans la plupart des communes du canton.

Digitized by Google

M. Veillard appuie l'initiative de M. Schrantz ; il estime que le balayage à sec offre de réels dangers.

M. Morax demande au Comité de s'informer auprès du Département de l'Instruction publique si la motion de M. Schrantz doit rentrer dans la loi ou dans le règlement.

M. Gonin propose de remettre le soin d'appuyer le vœu de M. Schrantz aux médecins qui sont députés.

M. H. Ceresole propose de réclamer non seulement l'interdiction du balayage, mais aussi celle du nettoyage par les enfants.

M. Krafft propose de laisser au Comité le soin de transmettre le vœu de M. Schrantz au Grand Conseil ou au Conseil d'Etat.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. Wanner reprend son exposé, commencé à la séance précédente, sur un cas de *position transverse d'uu fœtus présentant de nombreuses anomalies.*

Il s'agissait d'une primipare de 24 ans, bien constituée et de bonne santé, dont la grossesse ne présentait rien de particulier. Elle dit avoir éprouvé une vive frayeur vers la fin du premier mois, sans suite apparente sur la marche de la grossesse. L'enfant se trouvait, le jour de l'accouchement, en première position transverse dorso-antérieure. Le toucher ne permettait d'atteindre aucune partie du fœtus. La version externe était impossible. L'enfant, après version combinée, fut extrait par la jambe droite et vécut cinq heures.

Les causes de la position transverse, dans ce cas, sont très singulières. Outre la brièveté du cordon, qui ne mesurait que 23 cm. et qui pourrait être accusée, M. Wanner indique : 1° la fixation de la tête au placenta par de solides et courtes membranes amniotiques ; le placenta était inséré à gauche, au fond de la matrice ; 2° la fixation du siège dans l'hypochondre droit *a)* par le jeu statique dû à l'allégement du pôle postérieur de l'œuf à la suite de l'amputation du pied gauche, *b)* par les brides amniotiques ayant amputé le pied, *c)* par d'autres brides amniotiques dont l'une était fixée au second orteil du pied droit.

Les suites de couches furent normales.

L'enfant présentait les anomalies suivantes : 1° amputation de la phalangette du médius gauche ; 2° syndactylie incomplète entre le médius et l'annulaire gauches ; 3° sillon circulaire à la phalangette de l'annulaire droit ; 4° ongles rudimentaires des orteils du pied droit ; 5° ligament amniotique partant de l'extrémité du second orteil droit ; 6° amputation du pied gauche ; 7° sillon circulaire à la jambe gauche ; 8° double bec de lièvre ou large et profonde fissure labio-maxillo-palatine double ; 9° défectuosité de la calotte crânienne à droite remplacée par de la peau normale ; 10° fortes et larges membranes amniotiques fixant la tête au placenta ; en outre, brièveté du cordon (23 cm.) et insertion marginale de celui ci.

M. Wanner recherche les causes de ces anomalies ; il cite un cas

Digitized by Google

observé en 1882 par M. le Dr Hausammann, à Lausanne, qui offrait certaines analogies avec celui présenté. Dans le cas du Dr Hausammann, la syphilis paraît avoir joué un certain rôle.

M. Wanner admet, comme cause indirecte de certaines anomalies, la frayeur en ce sens qu'une vive frayeur peut agir comme une chute ou un coup en lacérant, par une violente contraction utérine, l'amnios en formation.

M. Bonjour croit que M. Wanner aurait de la peine à réhabiliter la peur comme cause de malformations congénitales. Les malformations seraient alors beaucoup plus fréquentes.

M. Wanner, sans vouloir remettre en honneur d'anciens préjugés, estime que le traumatisme psychique peut causer des malformations congénitales. La rareté de celles-ci provient peut-être de ce que les embryons, atteints de malformation congénitale, n'arrivent, le plus souvent, pas à terme.

M. Bonjour dit que les expériences de Féré sur des animaux ont été négatives en ce qui concerne l'influence des émotions sur les malformations.

M. Wanner répond que le résultat négatif d'expériences ne constitue pas une preuve.

M. Gonin présente une étude sur les *causes et traitemeuts des décollements de la rétine ;*

Les nombreuses déceptions éprouvées jusqu'ici dans le traitement des décollements de la rétine, proviennent en partie de ce que les causes anatomiques de ces décollements sont insuffisamment connues. Elles sont, en effet, multiples et de nature très diverse, de telle sorte qu'un procédé thérapeutique, qui a paru réussir dans un cas, ne saurait être employé indifféremment dans toutes les formes de décollement. Il importe de ne pas oublier que le décollement n'est pas une entité morbide, mais un accident anatomique susceptible de compliquer les affections oculaires les plus variées. Avant donc de prétendre à de véritables progrès dans le *traitement*, il faut être au clair sur les *causes* qui agissent dans chaque cas particulier.

Si l'on fait la section d'un œil plusieurs années après qu'il a été atteint de décollement, on constate, le plus souvent, que la rétine est *décollée en forme de corolle de liseron*, du nerf optique à l'ora serata ; le corps vitré est ratatiné ou a presque entièrement disparu ; en arrière de la rétine est un exsudat albumineux ou hémorragique qui se coagule par les liquides fixateurs. On en a conclu que la cause du décollement était, dans la règle, une exsudation de la choroïde ; aussi, les premiers traitements proposés consistaient-ils en une ponction de la sclérotique pour donner issue au liquide qui était censé pousser la rétine en avant.

Cette hypothèse de la genèse du décollement par exsudation rétro-rétinienne était difficile à concilier avec les faits cliniques pour autant, surtout, qu'il s'agissait du décollement rétinien qui se produit parfois

Digitized by Google

sans prodromes dans des yeux tout-à-fait sains en apparence, ou affectés seulement d'un certain degré de myopie. Dans ces yeux, en effet, un décollement rétinien peut se produire en quelques heures et supprimer à la façon d'un rideau sombre une grande partie du champ visuel. Vue à l'ophtalmoscope, la voussure de la rétine décollée forme une saillie, souvent très considérable, dans le corps vitré.

Il était fort difficile de comprendre comment un exsudat aussi volumineux pouvait trouver place dans l'œil en présence d'un corps vitré de volume normal. M. Leber, actuellement professeur d'ophtalmologie à Heidelberg, a donné, de ce phénomène, l'explication suivante : le décollement rétinien qui survient brusquement et sans cause appréciable est dû à une *rétraction progressive du corps vitré* qui, exerçant lui-même des tractions à la surface de la rétine, aboutit à la déchirer ; par cette ouverture, le liquide du corps vitré peut fuser entre la rétine et la choroïde et le brusque décollement d'une vaste étendue de la rétine s'explique, dès lors, par un simple changement de situation des liquides intra-oculaires. Cette théorie a été très vivement combattue, mais les faits parlent bien fortement en sa faveur.

La vérité est que, dans la grande majorité des décollements récents, on reconnaît à l'ophtalmoscope la présence d'une déchirure rétinienne en croissant ou en circonflexe dont le lambeau se voit soulevé *en avant* à la façon du clapet d'une soupape.

Il est évident que, dans ces conditions, le vieux traitement par évacuation du liquide n'a pas d'objet, puisqu'il aboutirait à priver de son contenu non seulement l'espace rétro-rétinien, mais encore celui du corps vitré qui communique avec le premier par la déchirure de la rétine.

On a proposé des interventions qui devaient tendre à créer des adhérences entre la choroïde et la rétine, afin de permettre à celle-ci de résister aux tractions du corps vitré ; ces moyens se sont trouvés insuffisants (thermocautérisation) ou beaucoup trop radicaux (injections iodées) ; le seul traitement logique (et le Prof. Deutschmann l'a recommandé, mais sans grand écho jusqu'à présent), consisterait à détruire les adhérences du corps vitré à la rétine.

En attendant que ce procédé ait fait ses preuves, nous nous efforçons surtout de *prévenir* les adhérences anormales en traitant par des révulsions locales très énergiques (injections sous-conjonctivales) les foyers de choroïdite disséminée que nous pouvons constater ou que nous sommes en droit de supposer dans un œil quand l'autre œil a été atteint de décollement. Aucune des personnes que nous avons traitées ainsi préventivement n'a montré, jusqu'ici, de décollement à l'œil traité. L'avenir nous montrera jusqu'à quel point nos efforts répondent aux exigences.

Outre ce décollement rétinien que l'on appelle « idiophathique », parce qu'il se produit souvent sans causes apparentes, il en existe un grand nombre d'autres formes qui en diffèrent par leur pathogénie et par leur terminaison. Ainsi, parmi les décollements non traumatiques, il en est

Digitized by Google

qui résultent d'une hémorragie, soit dans le corps vitré (en ce cas, c'est le caillot qui, en se rétractant, attire la rétine en avant comme dans le décollement idiopatique) soit derrière la rétine, ce qui provoque un décollement par soulèvement lequel se recolle de lui-même au fur et à mesure de la résorbtion de l'extravasat. Un décollement par soulèvement se produit encore dans certains cas d'inflammation des tuniques de l'œil, en présence d'une tumeur de la choroïde ou, encore, en présence d'un abcès de l'orbite. A l'exception du cas d'une tumeur maligne qui nécessite l'enlèvement de l'œil ou de celui d'un cysticerque qui peut être extrait au travers de la sclérotique, ces décollements exsudatifs se recollent d'eux-mêmes, ce qui rend de nouveau superflue l'évacuation du liquide.

A la suite d'un traumatisme, le décollement par attraction se produit dans les cas d'abcès du corps vitré, car celui-ci contracte alors des adhérences diffuses avec la rétine et l'entraîne avec lui dans sa rétraction cicatricielle ; ce processus est quelquefois si énergique que la rétine est entièrement arrachée de son insertion au nerfs optique. Ici, le traitement est inutile s'il n'arrive pas à éviter l'infection de la plaie ou à la juguler très rapidement.

En cas de plaie perforante, même non infectée, la rétine peut être directement impliquée dans la rétraction cicatricielle de la plaie et se décoller sous forme de nombreux plis qui, tous, convergent vers la cicatrice. Ce genre de décollement par attraction est surtout à redouter dans les cas d'une plaie de la région ciliaire ; si la plaie siège dans la région équatoriale de l'œil, la rétraction cicatricielle est beaucoup moindre et l'on peut obtenir une adhérence de la rétine à la choroïde sous la forme d'une cicatrice en surface qui défie tout nouveau décollement. Ce fait a engagé quelques praticiens à faire une ouverture dans la sclérotique, au niveau de l'équateur, pour y provoquer une adhérence rétinienne, procédé qui donne parfois de bons résultats.

Passant sous silence les formes moins fréquentes du décollement traumatique, par exemple celles qui résultent d'une brusque détente de la paroi oculaire à la suite d'une abondante perte de corps vitré avec diminution du volume du globe, il faut mentionner encore les hémorragies traumatiques qui se produisent derrière la rétine à la suite d'une plaie perforante. Le type le plus achevé de ces hémorragies est donné par celles dites expulsives, qui se terminent par le décollement total de la rétine et même par le prolapsus de cette membrane au dehors de l'œil, au cours de certaines opérations faites chez des artério-scléreux.

Les ruptures de la rétine produites par contre-coup ou par arrachement direct s'ajoutent fréquemment aux autres facteurs du décollement traumatique. C'est dans un cas de déchirure simple par contusion de l'œil que M. Gonin a obtenu l'adhérence de la rétine par l'établissement d'une cicatrice sclérale. Ce résultat paraît bien improbable dans les formes où les tractions du corps vitré sont en action. Quoiqu'il en soit, il faut, pour aboutir, une large adhérence de la rétine à la choroïde ; il ne suffirait

Digitized by Google

donc point de suturer la rétine, à moins que ce ne soit dans le but de favoriser une choroïdite adhésive. A ce défaut, la suture n'aurait d'autre effet que de produire de nouvelles déchirures de la rétine, aussi M. Gonin ne l'a-t-il pas essayée.

M. Gonin démontre, en terminant, une collection d'environ quatre vingts pièces pathologiques représentant les diverses formes de décollements traumatiques et non traumatiques qu'il vient de mentionner.

M. Berdez demande quel est le rôle de la myopie et, notamment, du staphylome postérieur qui étaient autrefois considérés comme l'une des causes principales du décollement rétinien.

M. Gonin répond que la myopie n'est pas, en elle-même, une *cause* de décollement rétinien, mais qu'elle *prédispose* à cet accident, étant donné la fréquence des foyers de chorio-rétinite dans les yeux myopiques ; ces foyers donnent lieu, à leur tour, aux adhérences anormales entre le corps vitré et la rétine.

Le secrétaire : Dr Ed. Ceresole.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 2 mai 1906.

Présidence de M. Bard, président.

61 membres présents.

M. Robert Odier fait part de ses recherches sur le *traitement des tumeurs par les ferments glycolytique et pancréatique.* Voici le résumé de sa communication :

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question sont d'accord pour admettre que plus une tumeur est riche en glycogène, plus elle est active au point de vue de la multiplication cellulaire. Les animaux en voie de croissance contiennent également une très grande quantité de glycogène dans leurs tissus. Le rapprochement entre les cellules de certaines tumeurs malignes et celles d'animaux jeunes, a également été fait par nombre d'auteurs.

L'établissement des expériences de M. Odier ont, pour point de départ, ce fait que toute tumeur en voie de croissance est chargée de glycogène, alors qu'il ne s'en trouve jamais dans les tumeurs qui ne progressent pas. Le but a été de faire disparaître, par diverses méthodes, cette substance, qui semble indispensable au développement cellulaire. La disparition spontanée de tumeurs malignes à la suite de l'érysipèle, a engagé l'auteur à faire des essais au moyen de diverses toxines. Comme il est vraisemblable que l'élévation de la température joue le rôle capital dans la disparition de celles-ci, c'est au bacille tétanique qu'il s'est adressé, celui-ci produisant le maximum d'élévation de température. Les animaux

Digitized by Google

morts de tétanos, tant artificiel que spontané, ne contiennent plus que des traces de glycogène, dans le foie comme dans les muscles. En soumettant des animaux jeunes à des injections répétées de toxine tétanique, à dose infinitésimale, il a pu réussir à en arrêter plusieurs dans leur développement physique.

M. Odier fait une revue des travaux publiés sur le ferment glycolytique et le ferment pancréatique du sang. Il fait ressortir, parmi les points capitaux, cette observation que l'activité du ferment glycolytique croît avec la température jusqu'à 54 degrés et rappelle en quoi consiste le pouvoir glycolytique du sang et comment on l'apprécie. On sait que, normalement, le glycose du sang disparaît spontanément après un séjour à l'étuve. Dans certains cas pathologiques, non seulement le glycose ne disparaît pas, mais il augmente. C'est ce fait, tout-à-fait caractéristique, que l'auteur a remarqué chez des arthritiques et d'une façon plus intense chez les personnes atteintes de néoplasmes malins. Ces observations l'ont engagé à faire des injections de ferment glycolytique à des animaux atteints de tumeurs spontanées.

Ces recherches ont toutes été faites sur des animaux atteints de tumeurs malignes spontanées. M. Odier fait remarquer qu'il convient de faire une différence absolue entre les expériences faites sur des animaux atteints de tumeurs spontanées et celles concernant les animaux auxquels on a inoculé la maladie. Il estime, en effet, que le caractère de malignité d'une tumeur réside surtout dans l'état diathésique du malade et non pas seulement dans la tumeur. Le chirurgien, tant qu'il n'aura pas modifié l'organisme de l'individu, ne peut que très exceptionnellement le préserver d'une récidive, même après la meilleure des opérations chirurgicales. C'est pourquoi il paraît tout-à-fait indiqué de tendre à modifier la diathèse.

Les animaux qui ont servi aux expériences de M. Odier se répartissent comme suit : quatre étaient atteints de sarcomes, dix-neuf de carcinomes, deux de papillômes, un d'adénome. Les sarcomes se trouvaient chez deux chevaux et deux moutons. Les carcinomes chez quinze chiens et quatre rats domestiques.

Le dosage du glycose a été fait chez tous. Il a démontré la diminution constante des ferments glycolytique et pancréatique de sorte que, après le séjour à l'étuve, il y avait toujours plus de sucre qu'au sortir des vaisseaux. La densité du sang est plus haute qu'à l'état normal.

Le traitement consiste en injections de liquides chargés des ferments en question. On remarque, dès les vingt-quatre premières heures, une hypertrophie des tumeurs avec élévation de température variant de 1° à 2°8. Cette élévation de température ne se produit pas chez les animaux sains. Chez tous les animaux, le contrôle du pouvoir glycolytique du sang a été fait après que le traitement avait fait subir une diminution de volume appréciable à la tumeur et a permis de constater que celui-ci était revenu à un état voisin de la normale à la suite de ces injections

Digitized by Google

quotidiennes. Le dosage du glycogène a été fait dans les tumeurs des animaux considérés comme guéris. Alors que dans des tumeurs en pleine évolution les quantités de glycogène varient de quatre à six grammes pour mille, dans les tumeurs des animaux traités elles variaient de 0 à 0,03 pour mille. L'auteur a gardé en observation cinq chiens, un rat et un cheval, de quatre ans à un an et sept mois. Chez ces sept sujets, l'état des tumeurs est resté stationnaire.

M. Odier relate aussi ses observations personnelles sur le pouvoir glycolytique du sang de personnes atteintes de tumeurs malignes, de goutte, de rhumatisme musculaire chronique, de neurasthénie avec dépression nerveuse brusque et cite des observations récentes, sur les modifications que le fait d'assommer les animaux au moyen de la masse, fait subir au sang des animaux.

M. Askanazy fait remarquer que les efforts de M. Odier méritent d'être poursuivis. Cependant, il ne faut pas oublier que toutes les tumeurs ne contiennent pas du glycogène. Certains néoplasmes renferment presque régulièrement des matières glycogéniques comme l'hypernéphrome, le chorionépithéliome, tandis que d'autres en manquent, dans la règle, comme les carcinomes ordinaires de la glande mammaire et de l'estomac. Ce qui est en outre remarquable, c'est le fait que le glycogène existant dans les tumeurs primitives peut disparaître dans les métastases, même lorsque celles-ci se forment rapidement. On ne peut prétendre, par conséquent, qu'il y a toujours un parallélisme entre l'énergie proliférative du tissu néoplasique et la production du glycogène.

Quant à l'origine du glycogène dans les tumeurs, il faut aussi tenir compte du fait que le glycogène se trouve parfois déjà dans les tissus normaux qui sont le point de départ des néoplasmes, témoins les tissus cartilagineux, l'épithélium pavimenteux et les tumeurs qui en résultent.

M. Askanazy tient à dire que ces données pourraient avoir un intérêt pour M. Odier en l'engageant à examiner d'après son procédé en premier lieu les tumeurs qui renferment à l'ordinaire du glycogène.

M. Maillart fait aussi remarquer à M. Odier que le fait que le cancer augmente en Angleterre à mesure que la tuberculose y diminue doit s'interpréter dans ce sens : c'est que les maladies qui tuent dans la jeunesse, comme la tuberculose, diminuant leurs ravages, un plus grand nombre d'individus parviennent à un âge avancé et deviennent alors la proie du cancer.

M. Bard rappelle, pour justifier cette manière de voir, la boutade d'un savant anglais qui disait : « L'Angleterre peut s'enorgueillir de sa haute mortalité cancéreuse ».

M. Bourcart fait part de quelques réflexions sur l'action du massage vibratoire sur la température et le fonctionnement du foie.

M. Girard rappelle que la mortalité cancéreuse est très élevée en Suisse et semble avoir un rapport avec l'existence du goitre. Dans les régions où le goitre est rare, le cancer est rare aussi. Sur 2000 malades

Digitized by Google

choisis au hasard et âgés de plus de 30 ans, n'ayant pas été traités pour un goitre, M. Girard a remarqué que les non goitreux ont une mortalité cancéreuse de 60 °/₀ moins élevée que ceux qui ont un goitre.

M. Odier répond à M. Askanazy que l'absence de glycogène dans les métastases est un point difficile à expliquer. Il ajoute qu'on peut rencontrer parfois le glycogène seulement dans la partie périphérique des tumeurs.

M. Askanazy affirme, d'après ses expériences qu'en réalité le glycogène se rencontre souvent de préférence dans les zones récentes des tumeurs en question, tandis qu'il peut avoir disparu dans les parties anciennes, mais, comme il vient de le dire, il subsiste encore des points qui méritent d'être pris en considération.

Le secrétaire : Dr Ch. Julliard.

Séance du 10 mai 1906, à l'Hôpital cantonal.

Présidence de M. Maillart, président.

M. Haltenhoff présente une malade qui lui paraît être atteinte de *hérédo-syphilis à la troisième génération.*

Il s'agit d'une fillette de 11 ans qui lui fut amenée le 9 janvier dernier pour insuffisance et fatigue visuelles à l'école. Elle n'avait jamais souffert des yeux, ni remarqué de diminution de la vision ; elle a toujours regardé de très près. Après correction d'un léger astigmatisme hypermétropique, elle arrive à V = 1/3 à droite et 1/4 à gauche. A l'ophtalmoscope tout paraît d'abord normal, mais un examen minutieux en mydriase révèle des lésions très fines, en partie visibles seulement au grossissement plus fort de l'image droite. Ce sont de légers troubles scléreux de la rétine péripapillaire avec quelques altérations du pigment épithélial et, vers la périphérie, plusieurs zones de teinte plus claire, à pigment un peu raréfié, semées de nombreuses et fines tachetures brunâtres ou jaunâtres. Dans la macula gauche, deux très petites taches claires à droite et à gauche du centre. Ces lésions dont l'évolution paraissait être déjà avancée, rappelaient tout-à-fait celles que l'on trouve parfois chez les enfants de souche syphilitique affectés d'un certain degré d'amblyopie. L'enfant avait toujours été pâle et un peu chétive, mais n'avait jamais présenté d'éruptions ni souffert d'autres maladies que d'une diphtérie bien guérie à la suite d'une injection de sérum. Elle était plutôt petite pour son âge, très pâle, d'aspect lymphatique, un peu bouffie ; pas de tuméfaction ganglionnaire ; thyroïde normale ; pas d'albuminurie. D'après l'examen du sang, fait à la Policlinique par le Dr Reh, elle était un peu

Digitized by Google

chlorotique, avec 80 °/₀ d'hémoglobine. Elle ne présentait pas de tares d'hérédosyphilis : déformations, cicatrices, périostoses, étc.

Or, en 1885 et 1886, M. Haltenhoff avait soigné sa mère, alors âgée de 18 ans, pour une double kératite parenchymateuse diffuse qui dura plus d'une année et laissa des troubles indélébiles, surtout à droite, puis pour une iridocyclite avec dépôts rétrocornéens à l'œil gauche. Il avait constaté plus tard, dans cet œil, des traces de choroïdite périphérique à petits foyers. Il fallut quatorze mois de traitement soit spécifique, soit tonique, pour amener la guérison. Quelques années plus tard, la sœur de cette malade fut prise, à 23 ans, d'une kératite diffuse grave qui atteignit les deux yeux et dura trois années. Elle resta six mois aveugle et ne recouvra jamais entièrement la vue. Le traitement mercuriel et ioduré parut être, pour elle, encore moins efficace que pour sa sœur. M. Haltenhoff a, d'ailleurs, remarqué que plus les affections hérédo-syphilitiques des yeux sont tardives, moins, en général, le traitement spécifique paraît avoir d'action. Il présente ces deux anciennes malades, mère et tante de l'enfant, chez lesquelles on peut voir des restes sclérosés d'opacités, plus prononcés chez la tante qui a, en outre, des dents d'Hutchinson typiques et des rhagades cicatrisées aux coins de la bouche. Quant à la mère, elle n'a jamais eu que l'enfant présentée et n'a pas fait de fausses-couches.

S'agissait-il donc, chez la fillette, d'un cas de syphylis ou de, parasyphylis à la troisième génération ? Les cas de ce genre sont très rares, la plupart de ceux qui ont été rapportés sont fort sujets à caution, mais on ne peut nier qu'il en existe ; d'excellents observateurs, comme Jullien, Bœck, Hallopeau, Edmond Fournier et d'autres, ont cité des cas où la filiation était évidente, sans intervention de syphilis acquise d'un des parents. M. Haltenhoff a examiné à cet égard le père de l'enfant, qui se trouvait en traitement au service dermatologique (Prof. Oltramare) pour un psoriasis typique, auquel il est sujet. Cet homme, d'ailleurs très robuste, ne paraît avoir jamais eu de chancre ni d'autres symptômes de syphilis, en particulier pendant ses séjours répétés à l'Hôpital pour son psoriasis.

Le traitement ferrugineux du début fut remplacé par des frictions générales et temporo-frontales d'onguent gris. L'enfant usa 60 grammes de cet onguent en plusieurs séries et s'en trouva aussi bien pour l'état général que pour les yeux. Elle prit ensuite de l'iodure de fer puis finit par une cure d'arsenic. Le 13 mars, V = $^5/_7$ des deux côtés. Le 2 mai, V est à peu près normale ($^5/_5$). Binoculairement, l'enfant voit des lettres n° IV à 5 m. Elle peut lire du texte fin à distance normale. Elle a beaucoup meilleur aspect, est plus forte ; elle va rentrer à l'école.

S'il est permis de juger *ex juvantibus*, ce résultat confirme bien l'hypothèse d'hérédo-syphilis et, s'il n'y a pas d'erreur commise sur l'anamnèse paternelle, ce serait bien un cas indubitable d'hérédité seconder D'ailleurs, la nature seule des lésions du fond de l'œil devait faire pense.

Digitized by Google

à la syphilis congénitale. Ces lésions, parfois si minimes qu'il faut les chercher avec soin et en plusieurs séances pour les découvrir, ont été bien décrites, depuis Hutchinson, par plusieurs auteurs, en particulier par M. Sidler-Huguenin, de Zurich, dans sa thèse de *privat-docent*. En France, Antonelli, surtout, a attiré l'attention sur les formes frustes qu'il a nommées stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire et atavique et qui, souvent, comme dans le cas présenté, sont l'unique lésion révélatrice. La syphilis atavique, dit Barthélemy, est souvent monosymptômatique.

M. Haltenhoff présente ensuite un enfant de neuf mois reçu dans le service de M. le prof. Bard pour un reste de coqueluche et atteint, depuis trois semaines, d'une *double conjonctivité diphthéroïde* qui, ces derniers jours, s'est compliquée d'une cellulo-orbitis avec très forte exophtalmie, énorme gonflement palpébral et ulcération de la cornée. Les fausses membranes absolument adhérentes, blanchâtres, épaisses qui tapissaient et infiltraient la muqueuse des quatre paupières sont en train de disparaître, la muqueuse ischémiée recommence à se vasculariser, mais les excoriations cutanées causées par la sécrétion purement séreuse sont encore recouvertes d'exsudat. L'enfant présente, depuis quelques jours, une fièvre continue, due sans doute à l'inflammation orbitaire, mais il y a aussi un peu de broncho-pneumonie. Le nez et la gorge paraissent indemnes. Dès le premier examen à la Policlinique, M. Haltenhoff a pensé qu'il ne s'agissait pas de diphtérie Löfflerienne ; les paupières étaient molles, œdématiées plutôt qu'infiltrées, l'état général à peine affecté et, surtout, il manquait l'adénite préauriculaire qui lui a paru constante dans la diphthérie vraie. Bien qu'il n'y eût nulle part d'impétigo, l'agent de cette ophtalmie devait être, probablement, le streptocoque. C'est, en effet, ce microbe, associé au staphylocoque, qui a été trouvé soit à la Policlinique, soit à l'Hôpital cantonal. Le staphylocoque n'est certainement qu'à l'arrière-plan dans la genèse des accidents conjonctivaux. Joue-t-il un rôle dans le phlegmon rétrobulbaire en voie de développement ? L'examen du pus orbitaire se fera si possible ; malheureusement, on ne trouve nulle part, au pourtour du globe et de l'orbite, de point saillant ni de fluctuation invitant à une intervention. La longue durée des fausses membranes est un fait remarquable dans ce cas.

M. Du Bois montre une petite fille atteinte de *mycosis fongoïde* de la fesse, dont le diagnostic a été établi grâce à l'examen microscopique.

M. Long montre un vieillard atteint de *tabès* typique, ayant eu un début brusque, tout-à-fait récent et dont l'évolution a été assez rapide. Le malade s'est affaissé soudainement en sortant de wagon et, depuis lors, la maladie s'est manifestée par de nombreux symptômes.

Ce cas est très intéressant, car il met en évidence le fait que le tabès peut apparaître soudainement et être pris, dans certaines circonstances (accident), pour une affection d'origine traumatique. M. Long pense que, dans les cas de prétendus tabès post-traumatiques, il s'agit plus souvent

Digitized by Google

de l'aggravation d'un tabès préexistant que de la production réelle de la maladie.

M. Haltenhoff signale le fait que ces tabès ne se manifestent parfois, pendant des années, que par des signes oculaires.

M. Long : Il est un fait évident, c'est que chez les tabétiques qui deviennent amaurotiques le tabès s'améliore parfois dans son évolution.

M. Long présente un second malade, âgé de 62 ans, ayant eu la syphilis à 26 ans et dont le tabès n'est apparu que depuis un an. Ce fait montre, une fois de plus, que le tabès peut apparaître à un âge très avancé. M. Long fait remarquer que l'on trouve, à l'autopsie de ces malades, les mêmes lésions que dans le tabès classique et non des lésions d'artériosclérose simple, comme l'a prétendu Pitres.

M. de Mutach présente deux malades opérés de *gastroentérostomie pour sténose pylorique* par M. Girard ; l'un était atteint d'un mélanosarcome du pancréas ayant provoqué la sténose, l'autre, de sténose cicatricielle consécutive à l'ingestion d'acide chlorhydrique. Il est à remarquer que, dans ce dernier cas, la sténose siégeait a quelque distance du pylore du côté de l'estomac.

M. Maillart demande quel délai s'est écoulé entre l'ingestion de l'acide et l'opération ; en outre, il demande s'il y a eu néphrite épithéliale.

M. de Mutach répond que l'ingestion de l'acide a eu lieu le 27 février et l'opération le 1er mai. Il existait des traces d'albumine dans l'urine, mais pas de cylindres.

M. Patry montre de *grosses varices* extirpées récemment par lui chez un malade qui présentait une forte dilatation des veines de l'abdomen et du membre inférieur droit ; ces veines se sont développées à la suite d'une fièvre typhoïde. Il est à remarquer que la saphène était normale. Les veines extirpées à l'abdomen mesurent 45 cm. et celles enlevées à la cuisse 61 cm.

Le secrétaire : Dr Ch. Julliard.

BIBLIOGRAPHIE

Gourfein. — Les différentes formes cliniques de la tuberculose conjonctivale, leurs complications et leur pronostic. Communication au *Congrès d'ophtalmologie de Paris*, mai 1906.

M. Gourfein, médecin à la Fondation Rothschild à Genève, après avoir indiqué le nombre de cas de tuberculose conjonctivale primitive déjà publiés, relate quatre cas personnels de cette affection présentant un intérêt particulier soit par leurs complications non encore observées, soit par la rareté de leur forme clinique.

Digitized by Google

Dans le premier cas, il s'agit d'une fillette de 5 ans, atteinte d'un ulcère conjonctival profond de la paupière supérieure gauche, lequel fut suivi d'une tuberculose cérébrale constatée à l'autopsie. La marche et l'évolution des symptômes cérébraux, que l'auteur expose d'une façon détaillée, ne permettent pas de douter que les tubercules cérébraux ne fussent consécutifs à l'affection conjonctivale dont la nature tuberculeuse fut prouvée par des inoculations en séries.

Dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille de 12 ans, atteinte d'une tuberculose conjonctivale végétante de la forme dite en « crête de coq » et dont la guérison se maintient depuis dix ans. Les trois séries d'expériences faites par M. Gourfein pour prouver l'origine tuberculeuse de l'affection montrent, par la survie toujours plus prolongée des animaux inoculés, la décroissance graduelle de la virulence du bacille de Koch. Ce cas est encore intéressant par le fait que la tuberculose conjonctivale a subi plusieurs rémissions dont la plus longue fut de dix-sept mois.

L'auteur discute ensuite le pronostic des différentes formes de la tuberculose conjonctivale primitive et, se fondant sur des faits cliniques, il conclut que, de toutes les formes, c'est la forme ulcéreuse qui est la plus grave ; il l'explique par le fait que l'ulcère, en rongeant le tissu, ouvre les vaisseaux et favorise ainsi la propagation du bacille de Koch dans le torrent circulatoire.

F. Schmid. — Hygiène publique. *Bibliographie nationale suisse*, fasc. V, in-8°, 2me cahier de 332 p. Berne 1906, K.-J. Wyss.

M. le Dr Schmid, directeur du Bureau sanitaire fédéral, publiait il y a quelques années la première partie de ce répertoire bibliographique relatif à l'hygiène publique et à la police sanitaire en Suisse et aux publications parues en Suisse sur le même sujet. Cette première partie se rapportait à l'hygiène publique et à l'hygiène privée en général, à la prophylaxie des maladies contagieuses, à l'hygiène des denrées alimentaires et à l'alimentation publique. Celle qui vient de paraître comprend l'hygiène des habitations, la question de l'eau potable, l'analyse des eaux, la canalisation, la voirie, l'équarissage, les inhumations, l'hygiène et la protection de l'enfance, l'hygiène scolaire, l'hygiène industrielle et la protection des ouvriers, les bains publics, l'hygiène des prisons, celle des restaurants et des auberges, ainsi que celle des transports, la question du repos du dimanche, etc. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir tout l'intérêt que présente cette publication par les indications qu'elle contient pour ceux qui ont à faire des recherches sur les sujets dont la bibliographie est indiquée et M. Schmid mérite leur plus sincère reconnaissance pour la façon consciencieuse et si complète avec laquelle il a accompli son travail. Il remercie lui-même ses nombreux collaborateurs et en particulier MM. les Drs E. Cornaz, de Neuchâtel ; J. Morax, de Morges et P. Dunant, prof. à Geneve.

C. P.

Digitized by Google

Brouardel et Mosny. — Traité d'hygiène, fasc. III, un vol. grand in-8° de 300 pages avec 38 fig. Paris 1906. J.-B. Baillière et fils.

Nous annoncions, dans notre précédent numéro, la publication des deux premiers fascicules de cet important traité ; le troisième, qui vient de paraître, est consacré à l'*anthropologie* traitée par MM. Anthony (anthropologie physique, forme humaine) et Dupré et Ribierre (anthropologie psychique) ; à l'*hygiène individuelle*, traitée par MM. G. Brouardel (vêtement, propreté corporelle) ; Boulay (hygiène de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge) ; V. Morax (hygiène de la vue) et à *l'éducation physique*, traitée par M. P. Lafeuille.

Bodin E. — Les conditions microbiennes de l'infection et l'immunité. In-8° de 190 p. *Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*. Paris, Masson et Cᵉ.

Continuant l'étude de microbie générale commencée dans deux volumes précédents, l'auteur, professeur de bactériologie à l'Université de Rennes, poursuit dans cet ouvrage le même but en donnant un exposé clair et concis des questions les plus importantes concernant les maladies bactériennes, de façon à les mettre à la portée de tous.

Il expose le mécanisme de la maladie microbienne et, pour rendre plus aisément abordable ce sujet compliqué, il procède par voie d'analyse et envisage les deux facteurs de l'infection, les bactéries et l'organisme qu'elles envahissent, avec les moyens d'action et de réaction dont dispose chacun de ces facteurs. En premier lieu se place un aperçu sur la virulence des bactéries et les conditions microbiennes de l'infection. puis vient l'étude des moyens de défense de l'organisme contre les microbes et contre leurs toxines, sur laquelle l'auteur a tenu à insister tout particulièrement. Sans avoir besoin de se reporter aux longs et multiples travaux publiés sur ce sujet, tous ceux qu'intéressent les sciences médicales trouveront donc dans ce petit volume un résumé court, mais aussi complet que possible de l'état actuel de la question de l'immunité dans les maladies infectieuses.

Dr Marthe Francillon. — Essai sur la puberté de la femme. Psychologie, physiologie, pathologie. Un vol. in-16 de 300 p. *Collection médicale*. Paris 1906, F. Alcan.

Les années qui séparent la naissance de la puberté sont essentiellement caractérisées par des modifications somatiques qui toutes convergent vers un but commun, l'établissement de la fonction génitale, et constituent ainsi la caractéristique de la période prépubère. Chez la femme, la maturité sexuelle est la conséquence d'une longue évolution organogénétique ; elle est si complexe, que les fonctions les plus diverses unies entre elles par d'étroites corrélations, se modifient de manière à converger toutes en vue de l'établissement de la vie génitale. Les conditions externes elles-mêmes, en raison de leur utilité dans la concurrence vitale, n'échappent pas à cette discipline.

Digitized by Google

Mlle Francillon, ancien interne des hôpitaux de Paris, s'est efforcée d'étudier, au double point de vue anatomique et physiologique, les modifications qui transforment l'adolescente en femme pubère et de dégager, dans son livre, des documents épars et fragmentaires, les éléments d'une esquisse des conditions de cette phase spéciale de la vie de la femme.

VARIÉTÉS

Compte rendu sur la jurisprudence et la littérature médicale spéciales aux accidents du travail.

LES CONSOLIDATIONS ANATOMIQUE ET JURIDIQUE DES FRACTURES

On dit, en langage *médical*, qu'une fracture est consolidée, lorsque l'union des fragments osseux (cal) est suffisante pour s'opposer d'une facon efficace à la production de mouvements anormaux au niveau de son siège.

Déterminer la date de la consolidation (ce terme est employé dans la jurisprudence française, mais peut s'appliquer aussi à la législation d'autres pays) d'une fracture (ou d'une blessure quelconque) au point de vue *juridique*, c'est dire le moment à partir duquel l'état du blessé est devenu immuable.

On saisit d'emblée toute la différence qui existe dans la conception de ces deux termes, et l'on se rend compte combien de facteurs spéciaux (état des parties molles ou des articulations voisines de la fracture, douleur, gonflement, zèle de la victime, intégrité des autres parties du corps, etc.) entrent en ligne de compte dans l'appréciation du second, qui sont, à peu de choses près, indifférents pour la détermination du premier.

On comprendra également toute l'importance attribuée par les tribunaux ou les compagnies d'assurance à la date de la consolidation juridique, puisque c'est elle qui fixera le moment où le blessé recevra, en échange du paiement de son salaire et de ses frais de traitement, une somme proportionnée à son degré d'invalidité.

Dans la pratique, on demande souvent au médecin de fixer, — approximativement il est vrai — la date de la consolidation juridique d'une fracture, soit de suite après l'accident, soit plus tard, à un moment où l'on suppose que le blessé pourrait reprendre son travail.

Cette détermination est parfois difficile à faire, car la consolidation juridique d'une fracture ne coïncide pas toujours avec une phase spéciale de l'évolution de la réparation osseuse. On sait (Rémy. *Rec. spéc. des acc. du trav.*, mai 1906) « qu'à de rares exceptions près, la reprise du

Digitized by Google

travail a lieu pendant la période de formation du cal définitif, mais cette notion n'aboutit à rien de précis, puisqu'il s'agit d'une durée de plus de deux mois ». « L'opacité radiographique n'est pas toujours proportionnelle à la solidité de l'os. En effet, certains cals sont capables de supporter les fatigues du travail avant que les rayons X puissent révéler leur existence. » (Maunoury).

C'est en somme la clinique ordinaire qui renseigne sur la possibilité où se trouve l'ouvrier de reprendre son travail.

Ici encore, cependant, l'écart possible est grand, non point entre deux cas différents, ce qui se conçoit aisément, mais entre le moment où la reprise du travail paraît seulement possible et celui où cette possibilité se transforme en certitude.

Peut-être alors aurons-nous perdu un temps — qui vaut de l'argent — en nous laissant influencer par la persistance de quelque symptôme insignifiant en réalité.

Un tableau, indiquant la moyenne de l'incapacité de travail, comparée à la durée de la consolidation anatomique pour quelques genres de fracture les plus fréquents, quoique forcément approximatif et susceptible de variations dans certains cas donnés, semble donc avoir quelque utilité au point de vue pratique. Celui ci-contre est établi au moyen des chiffres indiqués par Gallez, Rémy, Weber, Moritz, Leisrink et Gurlt, comprenant plus d'un millier de fractures.

Y a-t il *des causes susceptibles de retarder la consolidation anatomique, et par suite la consolidation juridique des fractures !* Certainement, mais à un degré variable pour chaque cas déterminé. Enumérons-les rapidement :

Age. — La consolidation des fractures est plus rapide chez les enfants et les adolescents que chez l'adulte. Chez le vieillard elle est quelquefois très rapide, d'autres fois interminable.

Vices de nutrition, faiblesse générale (hémorrhagies, inanition, lactation, grossesse, vomissements incoercibles, diarrhée persistante, mal de Bright). — Dans ces cas la consolidation *peut* être entravée dans sa marche jusqu'à ce que la cause disparaisse. On observe parfois la régression du cal alors qu'il etait déjà solide.

Maladies aiguës (pneumonie, typhus, variole, etc.). — Ces affections n'ont que très rarement une influence fâcheuse sur la consolidation des fractures. On observe parfois un arrêt dans la formation du cal, tant que la maladie dure.

Scorbut, diabète. — Verneuil a observé chez quatre diabétiques la non-consolidation des fractures et la formation de pseudarthroses.

Syphilis. — Dans la majorité des cas les fractures guérissent bien chez les syphilitiques. C'est surtout dans la période tertiaire que la consolidation peut faire défaut. Elle reprend son cours normal sous l'influence du traitement spécifique. Le traitement ne constitue par lui-même une entrave à la consolidation que lorsqu'il est par trop intensif et conduit à la cachexie.

Digitized by Google

Fracture		Date de la consolidation anatomique	Durée de l'incapacité de travail — Moyennes établies avant l'application des lois sur les accidents du travail.	Durée de l'incapacité de travail — Moyennes établies par les médecins spécialisés dans les questions d'accidents du travail.
Fémur	Col	66 jours	180 jours	60 à 180 jours
	Diaphyse	62 »		90 à 120 »
	1/3 inférieur	62 »		60 à 120 »
Jambe	1/3 moyen	63 »	150 jours	120 à 180 »
	1/3 inférieur	51 »		90 à 180 »
	Tibia	47 »	150 »	120 à 180 »
	Péroné	36 »	90 »	90 »
Métatarsiens		21 »	—	60 »
Clavicule		29 »	75 »	75 »
Omoplate		—	—	42 à 84 »
Humérus		36 »	75 »	60 à 90 »
Avant-bras		36 »	75 »	75 »
Radius		31 »	51 »	50 »
Cubitus		33 »	60 »	60 »
Doigts		14 »	45 »	45 »
Côtes		21 »	60 »	60 »
Calcanéum		—	—	2 à 4 ans
Corps vertébraux		—	—	2 mois à 2 ans

Digitized by Google

On a observé le retard dans la consolidation des fractures chez les syphilitiques, non seulement lorsque la fracture devenait le siège d'une manifestation de la diathèse, mais aussi sans qu'il se soit produit aucune manifestation locale de la luès, par conséquent uniquement par troubles dyscrastiques. Mais cette dernière éventualité ne survient que dans les cas de luès invétérée, viscérale accompagnée de cachexie. Il faut prendre garde de ne pas confondre une fracture non consolidée par suite de l'influence néfaste exercée sur elle, après coup, par la syphilis, avec une fracture spontanée survenant chez un syphilitique au niveau d'une gomme préexistante.

Toutes les causes que nous venons d'énumérer doivent être présentes à la mémoire de ceux qui ont à soigner et estimer des fractures consécutives à des accidents du travail, car, si elles entrent en jeu, elles sont susceptibles d'*atténuer* dans une mesure variable la *responsabilité de cet accident.*

En voici d'autres, au contraire, qui tout en retardant la consolidation de la fracture, sont indépendantes d'un état antérieur morbide de la victime et par conséquent imputables à l'accident lui-même. Telles sont :

L'interposition de corps étrangers (muscles, tendons, esquilles, aponévroses) entre les deux extrémités des fragments.

La forme de la fracture: Il va de soi qu'une fracture en bec de flûte, esquilleuse, comminutive, une fracture double, une fracture à grand chevauchement, se consolideront moins vite qu'une fracture simple ou sous-périostée. Les fractures compliquées, nous l'avons déjà dit, sont soumises à des influences si diverses que leur consolidation échappe à toute prévision.

Les affections locales accidentelles concomitantes. telles que les troubles de l'innervation, de la circulation, les maladies des plaies, etc., etc.

Nous ne parlerons pas, si vous le voulez bien, des cas où un traitement intempestif, défectueux ou insuffisant peut contribuer à décharger la responsabilité encourue par le patron.

Enfin, pour terminer, répondons à une dernière question : A quelle date prononcer la consolidation juridique d'une fracture, lorsqu'elle laisse le membre blessé dans un état d'incapacité ou lorsqu'il y a des contestations ?

Rémy, et avec lui beaucoup de médecins spécialistes, n'hésitent pas à admettre la date de *six mois*, parce qu'elle est celle à laquelle l'évolution élémentaire de l'ossification du cal se termine en général.

VALEUR D'UN ŒIL

Le Tribunal fédéral, dans un arrêt du 20 janvier 1906, a apprécié comme suit la perte totale de la vision ou du globe oculaire d'un seul côté :

« *On peut estimer que la perte d'un œil entraîne généralement une diminution de* **33 1/3 0/0** *de la capacité de travail du blessé. Il n'y a lieu de*

Digitized by Google

s'écarter de ce chiffre que s'il résulte de l'expertise ou des circonstances que le blessé se trouvait dans un cas exceptionnel. »

Cette manière de voir cadre absolument avec celle de l'Office impérial allemand des assurances.

Quelles sont, en gros, les circonstances susceptibles d'entraîner une augmentation ou une diminution de ce pourcentage ?

D'après Kaufmann il faut distinguer :

A. *Circonstances entraînant un pourcentage moins élevé* (20-25 %) :

1° L'œil perdu était déjà en mauvais état (cataracte) avant l'accident.

2° La profession de l'ouvrier exige surtout un déploiement de force physique. L'absence d'un œil n'est pas de nature à empêcher l'accomplissement d'un travail rémunérateur.

3° Il s'agit d'ouvriers jeunes qui peuvent s'accoutumer facilement à suppléer par la fonction de l'œil sain au manque de l'œil perdu.

B. *Circonstances entraînant un pourcentage plus élevé.*

1° L'ouvrier sera obligé de se plier à des ménagements continuels vis-à-vis de l'œil sain (lunettes, etc.).

2° Une profession rémunératrice spéciale ne peut plus être continuée, et le malade doit changer de profession.

3° Le malade est d'un âge avancé ou porteur d'autres infirmités.

Dr Ch. Julliard.

Juin 1906.

Distinction. — M. le Dr Ch. Girard, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Genève, a été promu officier de la Légion d'honneur par le gouvernement français.

Voyage médical en Allemagne. — L'*E. M. I. 1906* visitera les principales institutions médico-scientifiques de l'Allemagne (Universités, hôpitaux, Stations thermales les plus réputées). Départ de Paris, le jeudi *9 août* au soir. — *10 août :* Aix-la-Chapelle, Cologne. — *11 août :* Cologne, Bonn. — *12 août :* Bonn. — *13 août :* Wiesbaden. — *14 août :* Francfort. — *15 août :* Marbourg. — *16 août :* Leipzig. — *17, 18 et 19 août :* Berlin. — *20 août :* Dresde. — *21 août :* Heidelberg. — *22 août :* Baden-Baden. — Retour à Paris le jeudi soir *23 août*. Le concours des médecins allemands, ainsi que celui des Bourgmestres et municipalités, est acquis aux voyageurs partout sur leur passage. Parmi les réceptions qui leur seront faites dans chaque ville, signalons dès aujourd'hui celles de Francfort, Marbourg, Berlin, Heidelberg et Baden-Baden. A Marbourg, les médecins français seront admis à l'Institut d'hygiène de S.E. M. le Prof. von Behring. — Les adhésions doivent parvenir le plus tôt possible et, en tous cas, avant le 20 juillet. Pour tous renseignements, s'adresser à M. Etienne Bazot, administrateur-fondateur des « Excursions médicales internationales » au service-annexe de l'Œuvre, 184, rue Rivoli, Paris, 1er arr. (téléphone 121.08).

Voyage français d'études médicales. — Ce voyage aura lieu du 1er au 12 septembre 1906. Il comprendra les stations de la Savoie et du Dauphiné : Hauteville (Sanatorium), Evian, Thonon, Saint-Gervais, Chamonix, Annecy, Aix, Marlioz, Le Revard, Challes, Salins-Moutiers,

Digitized by Google

Brides, Pralognan, Allevard, Bouquéron, La Motte, Uriage. Il est placé sous la direction scientifique du Prof. LANDOUZY, de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications. — Réduction de moitié prix sur les chemins de fer français pour se rendre, de son lieu de résidence, au point de concentration, Lyon. Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur territoire francais. Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Uriage, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ. De Lyon à Uriage, prix à forfait : 300 fr. pour tous les frais : chemins de fer, voitures, hôtels, nourriture, transports de bagages, pourboires. — Pour les renseignements ainsi que pour les adhésions jusqu'au 15 août, s'adresser au Dr CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, rue Lincoln, Paris (8e) ou au Dr JOUAUST, 19, rue du Colisée, Paris (8e).

CAISSE DE SECOURS DES MÉDECINS SUISSES. — Dons reçus en Mai 1906.

Bâte-Ville. — Drs K. H., fr. 20; C. Pradella, fr. 50; W. R., fr. 20; F. Suter, fr. 20 ; E. Baumann, fr. 10, (120+810=930).
Berne. — Drs E. Jordy. fr. 10 ; P. M., fr. 20 ; M. Fankhauser, fr. 10 ; H. Ziegler, fr, 10, (50+975=1025).
Genève. — Drs Guyot, fr, 10 ; Haltenhoff, prof., fr. 25; M. Jaunin, fr. 10 ; E. Kummer, fr. 10; A. Mayor, fr. 5. (60+285=345).
Grisons. — Drs Scarpatetti, fr. 10 ; Markoff, fr. 10 ; Diethelm, fr. 20 ; P. Gredig, fr. 20, (60+470=530).
Lucerne. — Anonyme, fr. 100, (100+285=385).
Neuchâtel. — Dr Morin, fr. 50, (50+110=160).
Soleure. — Drs Pfaehler, fr. 25 ; G. Reinert, fr. 50, (75+150=225).
Thurgovie. — Dr Walder, fr. 20, (20+485=505).
Vaud. — Drs Soutter, fr. 20; Rossier, prof., fr. 20; Schrantz, fr. 10, (50+450=500).
Zurich. — Drs E. Meyer, fr. 10 ; Anonyme, fr. 50 ; E. Wildberger, fr. 20 ; H. Näf, fr. 10, (90+1010=1100).

Ensemble, fr. 675 ; Dons précédents de 1906, fr. 6739 ; Total, fr. 7414.

Bâle, 1 Juin 1906. *Le Caissier :* Dr P. VON DER MÜHLL
Aeschengraben, 20

OUVRAGES REÇUS. — F. GOURFEIN. — Du diagnostic de la tuberculose de l'iris; 7 p. in-8, extr. du C. R. de la *Soc. française d'ophtalm.* ; Paris 1905, Steinheil.

A. JACOBI. — The history of pediatrics and its relations to other sciences and arts. — Th. von ESCHERICH. The foundations and aims of modern pediatrics; 34 et 24 p. in-8° extr. de l'*American medicine,* 5 nov. 1905 et 14 janv. 1906.

FINCK, de Vittel. — La goutte du pharynx; broch. in-8° de 16 p. Nancy 1906. Imp. Crépin-Leblond.

A. POPPI. — Contributo alla diagnosi delle ferite penetranti nell' adome un lesion intestinale; broch. in-8° de 10 p.; ext. de la *Riforma medica,* Anno XXI, n° 30, Palerme.

SCHAPIRO. — Ihr sollt nicht gleich sein. Eine biologische Betrachtung über zwei Zeitströmungen; broch. in-8° de 24 p. Zurich 1904. Lib. C. Schmidt.

BRA. — Recherches micaobiologiques sur l'épilepsie, broch. in-8° de 14 p. avec 2 fig. ; ext. des *Arch. de Neurol* 1905. Public. du Progrès médical.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE, 18 PÉLISSERIE, GENÈVE

Digitized by Google

XXVIme ANNEE. — N° 7. 20 JUILLET 1906.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude des fractures du calcanéum

Par G. Mioni.

(Clinique chirurgicale de l'Université de Lausanne, Prof. Dr Roux.)

(Suite et fin.)

Avec Planches II et III.

Cas récents.

Obs. I. — T. H., cantonnier, 44 ans.

Le 31 décembre 1905, il est tombé de trois mètres de haut en position militaire, le pied droit frappant le premier le sol. Il est renversé à droite; cependant il réussit à se relever et à remonter les escaliers; peu à peu il ressent une vive douleur dans le talon droit et son pied commence à enfler.

A l'inspection on constate que le pied est très tuméfié, surtout au-dessous des deux malléoles; forte ecchymose plus marquée sous la malléole interne; le pied est aplati; le calcanéum est élargi, extrêmement douloureux, surtout à la palpation dans son tiers postérieur, où l'on constate nettement, du côté interne, la présence d'une saillie résistante et douloureuse, ainsi qu'une crépitation obscure et une fausse mobilité.

Les radiographies démontrent l'existence d'une ligne de fracture oblique, avec descente du fragment antéro-interne.

Le blessé reste six semaines à l'hôpital; le traitement consiste dans le repos au lit, le pied maintenu dans une gouttière, et dans le massage.

Le 13 février 1906, H. rentre chez lui. Le pied droit est plat. Le talon droit est épaissi et élargi; le creux qui existe normalement sous la malléole interne est effacé. La pression en dedans, en avant et au-dessous de cette malléole est très douloureuse.

Les mouvements actifs et passifs sont légèrement réduits; le malade marche en boitant et en évitant de peser sur la pointe du pied.

Il est revu le 15 mars; les troubles fonctionnels persistent et il accuse une douleur siégeant surtout au côté externe du pied.

Digitized by Google

Obs. II. — G. J., 34 ans.

Il est tombé le 15 décembre 1905 de 1,50 mètre de hauteur en position militaire, le poids du corps portant surtout sur le pied droit. Il a dû être transporté chez lui, la marche étant impossible.

Il souffre immédiatement d'une vive douleur dans le talon et dans la région de l'articulation tibio-tarsienne; au bout de deux jours tuméfaction énorme et ecchymose sous-malléolaire.

Il est traité à son domicile par le repos, puis par le massage à partir du quinzième jour après l'accident.

Il commence à marcher, quoique péniblement, au bout de trente-cinq jours, mais les mouvements de la marche lui causent des douleurs vives et lancinantes au talon, au-dessous de la malléole externe et le long du côté externe du pied.

Il entre à l'hôpital le quarantième jour, pour se faire radiographier.

A l'inspection de la jambe droite et du pied du même côté on constate une atrophie des muscles du mollet. Les malléoles paraissent plus saillantes; la plante du pied est affaissée; le creux sous la malléole interne est effacé.

Le calcanéum vu par-dessous est élargi des deux côtés; il paraît légèrement tourné en dehors.

A la palpation on constate que cet os est épaissi dans son diamètre transversal; du côté interne le *sustentaculum tali* est plus bas, plus épais et proéminent.

Douleur à la pression dans l'axe; douleur vive à la pression du sustentaculum.

Les mouvements actifs dans le Chopart et l'articulation tibio-tarsienne sont réduits et douloureux, ainsi que ceux d'adduction et abduction du pied.

Le malade marche en boitant, évitant de peser sur la partie interne du pied.

Le 15 mars le calcanéum est encore fortement épaissi; les mouvements du pied sont plus étendus, quoique douloureux.

On traite le malade par le massage et le repos au lit.

L'examen aux rayons X donne des résultats très nets (Voir Pl. II, fig 1.).

C'est surtout dans une projection verticale qu'on a pu mettre en évidence une fracture oblique du calcanéum droit, dont le fragment antéro-interne occupe la dépression sous-malléolaire interne.

Obs. III. — B. D., 61 ans, commissionnaire.

Le 31 décembre 1905, comme il se promenait sur le mur du quai d'Ouchy, il fait un faux pas et tombe en position militaire de la hauteur d'un mètre environ sur le glacis.

Il continue à marcher sans éprouver de douleurs et fait ainsi environ trois cents pas jusqu'au café prochain, où il reste attablé pendant deux heures; puis, voulant se relever, il ressent une vive douleur au pied

Digitized by Google

droit et tombe. Il ne peut pas poser par terre le pied; celui-ci aurait peu à peu enflé. On transporte le blessé à l'hôpital.

Tout le pied est fortement enflé; les creux malléolaires sont complètement effacés; la peau est rouge partout, sauf au-dessous des deux malléoles, où il y a deux ecchymoses violacées.

La palpation est douloureuse, surtout au niveau de l'articulation tibio-tarsienne et du Chopart. Les surfaces osseuses semblent être toutes intactes; tout au plus peut-on constater que le calcanéum droit est légèrement plus épais que normalement vers le col.

La pression est très douloureuse dans l'axe du pied; elle l'est beaucoup moins dans l'axe de la jambe.

On traite le malade par le repos au lit et les maillots pendant quatre semaines, puis par le massage.

Le cliché Röntgen montre un trait transversal de fracture dans la partie antérieure du calcanéum et des fissures dans la grosse tubérosité. (Voir Pl. II, fig. 2 et 3.)

Quinze jours après l'accident, l'enflure a totalement disparu; le calcanéum est toujours épaissi légèrement au niveau de son col.

Cinq semaines aprés l'accident le malade marche sans douleur, en boitant encore un peu et trois semaines plus tard il parait être complètement guéri.

Obs. IV. — J. O., horloger, 40 ans.

Le 27 décembre 1905, ayant sauté d'un mètre de hauteur, il arrive sur un sol de pierre avec le talon du pied droit et ne peut se relever à cause des vives douleurs qu'il éprouve dans ce talon.

Peu de temps après le pied enfle et devient rouge-violacé.

A l'inspection de la jambe et du pied droit on constate une tuméfaction diffuse qui commence au tiers inférieur de la jambe et qui s'étend sur tout le pied; la peau présente plusieurs ecchymoses, soit sur le dos du pied, soit sur les faces externe et interne du talon.

Pas de déviation dans l'axe du pied.

A la palpation le malade accuse une vive douleur à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de la malléole externe. La pression dans l'axe du pied est peu douloureuse.

L'articulation tibio-tarsienne est élargie, remplie par du liquide, douloureuse à la palpation.

Le calcanéum est plus épais dans son diamètre transversal que celui du côté sain. Il est très douloureux à la palpation et la douleur augmente à mesure qu'on s'approche de sa partie postérieure. La pression dans la direction de son axe est très douloureuse.

Le pied est aplati.

Le malade est mis au repos au lit, le pied dans une gouttière. Dix jours après on commence à le masser.

Trois semaines plus tard l'enflure a disparu, mais l'épaississement du

Digitized by Google

calcanéum et l'effacement de la dépression située sous la malléole interne sont plus manifestes.

Un mois après l'accident, ayant essayé de marcher, le blessé se plaint de douleurs vives dans le calcanéum un peu au-dessous des deux malléoles.

Deux semaines plus tard il sort de l'hôpital; il boite encore en marchant et se plaint de douleurs au talon. La voûte plantaire est affaissée; le calcanéum est épaissi, surtout au-dessous de la malléole interne où on remarque un épaississement en virole. Les mouvements actifs et passifs du pied persistent.

Deux mois après l'accident ces troubles n'avaient pas disparu.

La radiographie a fait reconnaitre une fracture oblique, avec descente du fragment antéro-interne.

Obs. V. — H. H., tailleur, 26 ans.

Le 14 novembre 1905, ayant sauté d'un escalier de deux mètres environ de hauteur, il arrive sur les deux talons par terre et ressent une vive douleur dans la cheville gauche et dans le talon droit. Il ne peut pas marcher et quelques heures après ses pieds sont très enflés. On le transporte à l'hôpital.

Le pied droit est fortement tuméfié; on remarque une ecchymose au-dessous de la malléole interne. Douleur à la palpation de l'articulation tibio-tarsienne; douleur très vive à la pointe de la malléole interne et au-dessous de la malléole externe. Le calcanéum paraît épaissi dans le sens transversal, surtout aux dépens de la dépression située sous la malléole interne. Les mouvements actifs et passifs sont réduits et douloureux.

Le pied gauche est enflé aussi, mais le relief des deux malléoles y est conservé. Les mouvements actifs et passifs sont moins empêchés.

La palpation de la partie postérieure du calcanéum, en avant du tendon d'Achille, provoque une vive douleur.

Traitement: repos au lit pendant six semaines; pieds dans une gouttière; bottine plâtrée pour le pied droit (dans un but spécial); massage.

La radiographie démontre à droite l'existence d'une fracture oblique du calcanéum, avec descente du fragment antéro-interne (Voir Pl. II, fig. 4 et 5.) et à gauche celle d'une fracture transversale, antéro-postérieure dans la grosse tubérosité du calcanéum gauche au-dessous du point d'insertion du tendon d'Achille.

Le blessé rentre chez lui deux mois après l'accident, présentant encore de la tuméfaction des deux pieds, surtout à droite, au-dessous des malléoles. Le pied droit est aplati; le calcanéum est nettement épaissi, douloureux à la pression et à la palpation. Le malade marche en boitant.

Il est revu deux mois plus tard et on constate que les troubles fonctionnels observés du côté droit persistent encore.

Digitized by Google

Obs. VI. — B. F., tuilier, 65 ans.

Le 2 janvier 1906, il glisse d'une hauteur de 12 mètres environ sur les cailloux d'une rivière; il se plaint immédiatement de vives douleurs au talon et à la cheville du pied gauche.

Il est transporté à l'hôpital où on constate une enflure diffuse qui efface complètement les creux sous-malléolaires et s'étend jusqu'aux racines des orteils; on observe aussi la présence d'une ecchymose au-dessous des deux malléoles, sur le dos et à la face plantaire du pied gauche.

Le pied paraît aplati et le calcanéum est épaissi dans le sens transversal; il présente une solution de continuité dans son tiers postérieur où on remarque une fausse mobilité.

La pression dans l'axe du pied et de la jambe est douloureuse.

Traitement : repos au lit, les pieds dans une gouttière ; maillots.

Au bout de quinze jours on commence le massage; l'enflure diminue et on constate un épaississement évident du calcanéum; le *sustentaculum tali* est nettement proéminent dans la dépression située sous la malléole interne; il est douloureux à la palpation.

Au bout de six semaines le malade sort de l'hôpital; le pied gauche est aplati; le creux sous la malléole interne a disparu; la malléole externe paraît plus saillante; le calcanéum est élargi, épaissi et douloureux à la pression dans l'axe. Les mouvements actifs et passifs restent réduits.

Les mêmes troubles persistaient lors d'un nouvel examen fait un mois plus tard.

La radiographie a fait constater une fracture oblique du calcanéum, avec descente du fragment interne. (Voir Pl. III, fig. 6.)

Obs. VII. — J. M., maçon, 35 ans.

Il est *somnambule;* dans la nuit du 19 mai 1906, en rêvant, il saute du second étage et tombe sur un petit toit et de là debout sur la terre; il ne peut plus marcher et ressent une vive douleur au talon droit.

Status : Calcanéum épaissi, douloureux à la pression; le creux sous la malléole interne a disparu; forte tuméfaction; pression sur l'astragale indolore; pression dans l'axe du pied douloureuse.

Le Röntgen montre une fracture diagonale, très visible aussi bien dans les radiographies latérales (Voir Pl. III, fig. 7.) que dans les verticales.

Cas anciens.

Obs. VIII. — B. J., ferblantier, 20 ans.

Le 28 janvier 1903, il tombe en position militaire d'un premier étage sur le pavé, s'affaisse après avoir touché le sol, et ne peut se relever, accusant une vive douleur au talon droit. Transporté à l'hôpital, on remarque que la région malléolaire droite est plus étoffée qu'à gauche; il y a des ecchymoses sous les malléoles.

Digitized by Google

En empaumant les deux malléoles simultanément, le calcanéum paraît plus épais à droite qu'à gauche.

La pression dans l'axe du pied n'est pas douloureuse, tandis que la pression sur les faces latérales provoque de vives douleurs.

On croit percevoir une légère mobilité dans le plan frontal du calcanéum.

A la radiographie on reconnaît une fracture frontale du calcanéum, qui passe à travers l'os dans son tiers postérieur.

Au bout de quatre semaines de repos au lit et de massage, le malade sort de l'hôpital. Il reprend son travail.

Dans un examen fait trois ans plus tard, on ne constate aucune défectuosité, ni aucun trouble fonctionnel du pied. A la radiographie, les deux talons paraissent normaux.

Obs. IX. — S. A., charpentier, 14 ans.

Le 22 novembre 1902, comme il se lugeait, son pied droit est arrivé directement contre un mur; il a ressenti dans le talon une vive douleur, qui l'a empêché de marcher.

Transporté à l'hôpital, on y constate de la tuméfaction sous-malléaire au-dessus du talon droit et une ecchymose au niveau du deuxième métatarsien du même côté. En empaumant les talons des deux côtés, on sent que le calcanéum droit est très élargi.

La pression dans l'axe et sur les faces latérales du calcanéum est douloureuse.

Les mouvements actifs et passifs sont douloureux et réduits.

Traitement : repos au lit pendant trois semaines.

Quatre semaines après l'accident le malade marche sans boiter.

A la radiographie on constate l'existence d'une fissure du calcanéum droit dans le plan frontal de l'os.

Revu quatre ans après, A. ne présente aucune anomalie, ni aucun trouble fonctionnel.

Obs. X. — V. E., domestique, 18 ans.

Le 3 mai 1903, il tombe du haut d'un pommier (4 mètres) en position militaire; il ressent une vive douleur dans le talon droit et ne peut se tenir debout.

Transporté à l'hôpital, on constate une légère enflure du pied droit au-dessous et en arrière des malléoles; on observe aussi à ce niveau une légère ecchymose.

A la palpation le calcanéum droit, comparé au gauche, est épaissi; le creux situé sous la malléole interne est effacé et on remarque à sa place une saillie douloureuse à la pression.

La pression dans l'axe provoque une vive douleur.

Le malade est laissé au repos au lit pendant quatre semaines et soumis au massage.

Au bout de ce temps, l'enflure ayant disparu, on constate que le calca-

Digitized by Google

néum droit est nettement plus épais que le gauche; le malade peut marcher sans boiter.

A la radiographie on reconnait l'existence de traits de fracture dans la tubérosité du calcanéum.

A un examen fait trois ans après l'accident, on constate que E. ne présente aucun trouble fonctionnel. A la radiographie son calcanéum droit est plus épais et plus élargi que le gauche.

Obs. XI. — D. A., charpentier, 36 ans.

Il tombe, le 20 juin 1901, en position militaire, de deux mètres de hauteur, surtout sur le pied gauche. Il ressent des vives douleurs au le talon de ce côté, et ne peut se relever.

Il est transporté à l'hôpital où on constate une forte enflure du pied gauche. Le pied est aplati et élargi; les creux sous-malléolaires ont disparu; on observe une ecchymose bleuâtre sous la plante au pied. Douleur à la pression dans l'axe et sur les faces latérales.

A. est tenu cinq semaines au lit. Au bout de six semaines il sort de l'hôpital en boitant fortement.

Il est revu cinq ans après l'accident. Le pied gauche est aplati et les mouvements actifs et passifs sont légèrement réduits. A la radiographie on trouve le trait d'une ancienne fracture oblique, dont le fragment antéro-interne est descendu, occupant la dépression située sous la malléole interne.

Obs. XII. — V. P., cantonnier, 29 ans.

Le 7 avril 1899, il est tombé de cinq mètres de hauteur, en touchant le sol avec le talon gauche.

On constate à l'hôpital une tuméfaction du pied gauche, avec ecchymose sous-malléolaire.

A l'examen aux rayons X on reconnaît la présence d'une fracture oblique du talon gauche.

Le blessé est traité par le repos au lit pendant six semaines, le pied gauche étant dans une gouttière. Il quitte l'hôpital en boitant et marche à l'aide d'une canne; rentré chez lui il s'y traite par le massage et la gymnastique passive, mais sans que son pied arrive à reprendre l'intégrité de ses fonctions.

Nous le revoyons sept ans après l'accident:

Son pied gauche est fortement aplati; les malléoles, comme on peut le voir d'après la photographie que nous avons prise (Voir Pl. III, fig. 8), sont abaissées d'environ 2 cm. Le talon est élargi et, en empaumant les deux calcanéums, on sent nettement que celui de gauche est élargi dans le sens transversal. Le creux situé sous la malléole interne est effacé et remplacé par une saillie osseuse douloureuse à la pression.

P. boite légèrement; il ne peut pas accomplir complètement ni la flexion dorsale, ni la flexion plantaire du pied gauche. Les mouvements de latéralité sont également très réduits du même côté.

Digitized by Google

Aux rayons Röntgen nous avons pu aisément constater la présence d'une ancienne fracture oblique consolidée, dont le fragment antéro-interne occupe la dépression située sous la malléole interne.

Conclusions.

Si nous résumons le résultat de nos recherches nous voyons :

1° des fractures tranversales assez nettes, doubles ou simples, dans les observations III, V (pour le pied gauche), VIII, IX, et X, traitées pendant 4 à 8 semaines et à la suite desquelles les malades n'accusent plus aucune gêne fonctionnelle, lorsqu'on les revoit au bout de 2 mois, 4 mois, 3 ans, 3 ans 3 mois, et 3 ans, à l'exception peut-être du malade de l'observation V chez lequel la persistance des troubles fonctionnels était due à la fracture plus grave du pied droit;

tandis que :

2° les malades des observations I, II, IV, V (pour le pied droit), VI, XI et XII, traités pendant 6, 12, 6, 8, 6 et 6 semaines et revus après 2 1/2 ans, 3 1/2, 2, 4, 2 1/2, 5 et 7 ans se plaignaient encore nettement de troubles fonctionnels et de douleurs.

Nous n'avons malheureusement pas pu revoir certaines malalades, atteints de fractures diagonales (dont l'un avec fractures diagonale des deux calcanéums), et dont le souvenir est resté gravé dans la mémoire de notre chef de service, à cause de la durée particulièrement longue des troubles fonctionnels et des douleurs, malgré que la préoccupation de l'assurance contre les accidents ne jouât pas le rôle principal.

Sans doute le nombre des nos observations est trop faible pour permettre des conclusion fermes et il faut attendre l'occasion de contrôler d'autres fracturés, ainsi que les remarques qui pourront être faites dans d'autres cliniques, mais tout fait prévoir que c'est bien dans la fracture diagonale *(Scheerungsbruch)* de Baer, qu'il faut chercher la note discordante de certaines fractures du calcanéum, comme cela était prévu du reste lorsqu'on nous a chargé d'entreprendre cette rapide révision des cas traités à l'Hôpital cantonal de Lausanne.

Venise, mai 1906.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 8.

Fig. 7.

Digitized by Google

Digitized by Google

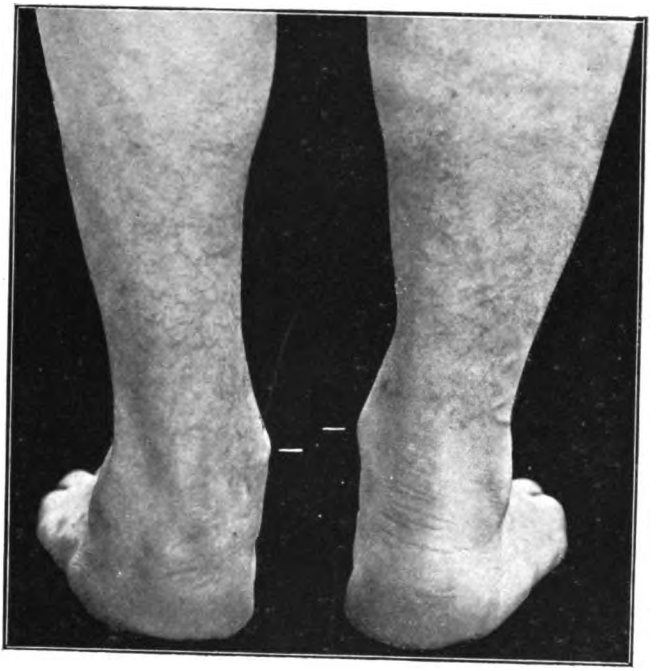


Fig. 8.

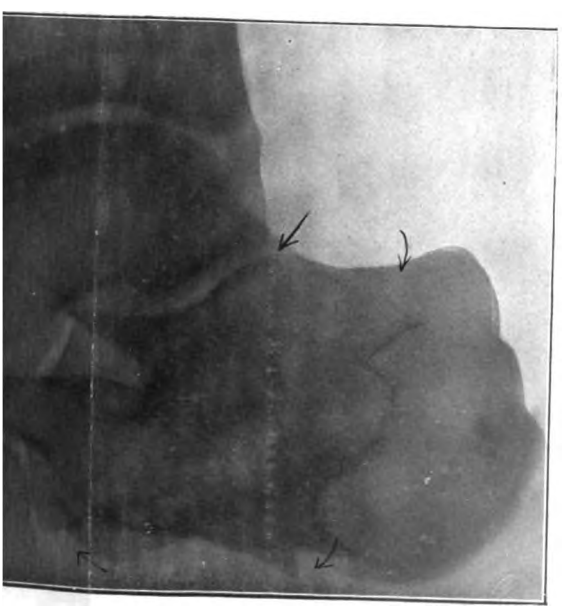


Fig. 7.

Digitized by Google

Digitized by Google

Recherches sur la prétendue efficacité des tractions rythmées de la langue dans l'asphyxie.

Travail fait au Laboratoire de physiologie expérimentale de l'Université de Genève.

par Mlle Zina-Agnès Braïlowsky.

On sait que Laborde conseilla, pour combattre l'asphyxie, le procédé des *tractions rythmées de la langue*. Cette méthode était, selon lui, fondée sur l'opinion qu'on excitait ainsi des réflexes cardio-respiratoires ; il basait ses conclusions sur des expériences dans lesquelles les résultats favorables des tractions rythmées de la langue étaient modifiés par la section des nerfs se rendant au larynx et au cœur.

Lorsque les travaux de Laborde parurent, MM. Prevost et Battelli firent, sur des chiens, un certain nombre d'expériences et arrivèrent à des conclusions contraires. Les animaux, quel que soit le mode d'asphyxie, ne revenaient pas à la vie si les tractions rythmées étaient pratiquées dans la dernière phase de l'asphyxie. Ces expériences inédites nous ont été communiquées par leurs auteurs et nous y reviendrons dans le cours de ce mémoire.

Le procédé Laborde fut récemment étudié au moyen de tracés graphiques par Philips, qui a publié un mémoire sur ce sujet dans les *Archives internationales de physiologie*. Il y confirme les opinions de Laborde en cherchant à prouver que les tractions de la langue réveillent la respiration en agissant sur les centres respiratoire et cardio-vasculaire.

M. le prof. Prevost m'a engagée à reprendre l'étude de cette question sous sa direction et, dans son laboratoire, nous avons fait un grand nombre d'expériences sur diverses espèces animales (cobayes, lapins, chats, chiens) qui sont la base de ce mémoire. Nous verrons que les tractions rythmées de la langue ne modifient point, selon nous, la dernière phase de l'asphyxie. Si elles sont faites au moment désigné sous le nom de pause respiratoire, elles semblent réussir et l'animal peut revenir à la vie si on enlève l'obstacle (pincement de la trachée) qui produit l'asphyxie. Mais le même effet se produit en l'absence des tractions de la langue. Si, au contraire, on attend la terminai-

Digitized by Google

son des respirations finales pour enlever la pince asphyxiante, les tractions rythmées sont absolument inefficaces et l'animal meurt.

C'est, nous le pensons, pour avoir confondu les respirations finales avec de soi-disant mouvements respiratoires provoqués par les tractions que Philips est arrivé à ses conclusions.

Il est, par conséquent, de toute importance d'étudier d'abord l'asphyxie dans ses divers stades et surtout la pause et les respirations finales qui lui font suite.

I. — Historique

Les auteurs anciens ont déjà fait d'importantes observations relativement à l'asphyxie produite par divers procédés. Sans nous étendre sur l'importance des recherches de Lavoisier, de Bichat et d'autres, qui sont commentées dans l'article de Richet [1], nous analyserons successivement les opinions des auteurs récents relatifs aux diverses phases de ce phénomène.

Parmi ces travaux, on doit citer, tout d'abord, les importants mémoires de Högyes, de Sigmund-Mayer, de Mosso, de Richet, de Landergren, de Langendorff [2], de Falk [3], de Knoll, de Markwald [4], de Kanow et Thor Stenbeck [5], pour ne parler que des plus importants.

Il résulte de ces études qu'au point de vue des phénomènes respiratoires et circulatoires qui nous occupent, l'asphyxie peut être divisée en plusieurs stades qui ont été bien décrits et déterminés dans les mémoires de Högyes, de Sigmund-Mayer, de Mosso et de Landergren. Högyes [6] décrit quatre périodes suc-

[1] Ch. Richet. Art. Axphyxie, *Dictionnaire de physiologie*, I, A-B, 1895, p. 728.

[2] Langendorff. Studien über die Innervation der Athembewegungen. *Arch. f. Physiol.*, 1880, p. 519.

[3] Falk. Ueber den Tod im Wasser. *Arch. f. path. Anat. und Physiol.*, Bd XLVII 1869, p. 48.

[4] Markwald. Werden die Athembewegungen vom Rückenmark beherrscht? Berne 1889, p. 18.

[5] Kanow et Thor Stenbeck. Ueber die Erscheinungen des Blutdruckes bei Erstickung, *Scandinavisches Archiv f. Physiologie*, Bd I 1889, p. 403-411.

[6] Högyes. Esperimentelle Beiträge über den Verlauf der Athmungsbewegungen während der Erstickung. *Arch. für experim. Path. und Pharmak.*, Bd V, p. 86, 1876.

Digitized by Google

cessives : 1) violents efforts inspiratoires, 2) dyspnée expiratoire, 3) pause, 4) stade terminal des inspirations actives et des expirations passives.

Dans le premier stade, selon Högyes, les animaux asphyxiés présentent des efforts inspiratoires. Dans le second, apparaissent déjà la dyspnée expiratoire qui survient généralement au milieu de la seconde minute et se termine par des convulsions expiratoires durant de une à plusieurs secondes. Ensuite, après une large inspiration, survient l'arrêt de la respiration qui dure 18 à 20 secondes pendant lesquelles, d'après Högyes, les poumons se trouvent en phase d'expiration passive. Vient ensuite le stade terminal caractérisé par des respirations profondes avec des inspirations actives et des expirations passives durant de 3 à 4 minutes, devenant de plus en plus faibles et se terminant par une dernière expiration passive. C'est là d'après cet auteur, le type de l'asphyxie, lorsque le système nerveux est intact.

Ce type serait modifié selon le mode employé pour obtenir l'asphyxie et, si l'on extirpe diverses parties du système nerveux central ; le changement consiste dans le caractère des mouvements inspiratoires et expiratoires et dans la durée de la pause et des respirations finales.

Sigmund-Mayer[1] réunit le premier et le second stade de Högyes en un seul qu'il appelle stade d'excitation *(Reizstadium)* et admet trois stades : 1) le stade d'excitation, 2) la pause, 3) les respirations finales.

Cette manière de voir a été admise soit par Landergren[2], soit par Mosso[3] et par la plupart des auteurs qui ont traité en dernier lieu de l'asphyxie.

C'est Falk qui fut, suivant Mosso, le premier qui décrivit la pause. D'après Mosso, la période d'excitation dure environ une minute avec réaction de la tonicité musculaire ; la pause qui lui succède dure environ 40 secondes, l'animal est tranquille, sans mouvement et a perdu toute excitabilité réflexe ; enfin,

[1] Sigmund-Mayer. *Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, 1880, p. 132.

[2] Ernst Landergren. Ueber die Erstickungserscheinungen an den Kreislaufs und Athmungs Apparaten. *Scandinavisches Archiv. für Physiolog.*, Bd. VII 1896, p. 1.

[3] Mosso. La pause des mouvements respiratoires dans l'asphyxie. Critique des théories émises pour expliquer la pause des mouvements respiratoires dans l'asphyxie. L'absence des centres inhibiteurs de la respiration. *Arch. ital. de Biol.*, V. XLI et XLII 1904, p. 158, 164, 167,

Digitized by Google

surviennent les respirations finales qui sont au nombre de 12 à 16 et même davantage et se terminent par un arrêt complet et définitif de la respiration. Les trois phases du phénomène se trouvent bien décrites et représentées dans les tracés graphiques du travail de Landergren[1], qui diffèrent un peu des nôtres, l'asphyxie ayant été produite par le gaz hydrogène et non par la compression de la trachée, ce qui rend la durée de la dernière phase un peu plus longue.

La durée de l'asphyxie, c'est-à-dire la durée du temps qui s'écoule entre le moment où commence la privation d'oxygène et la mort, varie selon les diverses espèces animales ; elle varie aussi selon le genre d'asphyxie.

Dans la noyade, selon Richet[2], la survie n'est guère que de 2 à 3 minutes chez l'homme, chez le chien de 1 minute 30 secondes, tandis que, dans l'asphyxie par occlusion de la trachée, l'arrêt des mouvements respiratoires a lieu, en moyenne, après 4 minutes 5 secondes, le cœur cessant de battre après 7 minutes 11 secondes.

Selon Mosso[3], dans l'asphyxie par fermeture de la trachée, les lapins résistent 3 minutes et les chiens 6 minutes. Certains phénomènes, tels que les mouvements convulsifs, précipitent la mort, tandis que, comme le dit Högyes, les anesthésiques, tels que le chloroforme, en modérant les convulsions, prolongent la survie.

D'après Richet, le refroidissement du chien à 25° éloigne l'asphyxie jusqu'à 16 minutes.

Le ralentissement du cœur par excitation des centres des nerfs vagues jouerait, pour Richet, un rôle protecteur remarquable ; la section des nerfs vagues, en accélérant le cœur, s'oppose à ce rôle protecteur et la mort serait alors plus rapide. Le jeune âge est aussi une circonstance dont il faut tenir compte ; on sait combien les animaux nouveau-nés résistent à l'asphyxie.

L'épuisement, d'après Richet, est aussi une cause activante de l'asphyxie ; une seconde épreuve d'asphyxie faite un certain temps après que l'animal a échappé à un premier essai amène la mort plus rapidement, vu l'épuisement produit par la première épreuve.

La pause qui succède à la période d'agitation et les respira-

[1] Landergren, *loc. cit.*
[2] Richet, *loc. cit.*
[3] Mosso, *loc. cit.*

Digitized by Google

tions finales qui la suivent, ont donné lieu à de nombreuses interprétations plus ou moins satisfaisantes qui sont résumées dans le travail de Mosso et dans celui de Landergreen ; les discuter, nous entraînerait trop loin de notre sujet. Nous avons eu simplement en vue de constater l'existence de la pause asphyxique et des respirations finales qui lui succèdent tels qu'ils sont décrits par les auteurs qui ont récemment étudié l'asphyxie.

Comment se comporte la circulation pendant les divers stades de l'asphyxie ?

Richet[1] décrit une première phase pendant laquelle les battements du cœur s'accélèrent légèrement et se renforcent, une seconde phase où il y a un léger ralentissement et un renforcement considérable, une troisième phase de ralentissement extrême sans renforcement, une quatrième phase d'extrême accélération suivie d'un rapide affaissement.

Une description analogue a été donnée par Landergreen et les beaux tracés très confirmatifs que renferme son mémoire rendent bien compte de ces modifications de la circulation pendant les trois stades de l'asphyxie.

On voit, dans la première période d'excitation, la pression qui s'élève, avec accélération du pouls ; bientôt le pouls se ralentit, les oscillations du manomètre deviennent intenses et, au début de la seconde période (pause), il y a chute de la pression qui reste basse ou qui se relève à la fin de la pause. Le pouls s'accélère, on entre dans la troisième période des respirations finales. On peut constater alors habituellement une petite élévation de la pression finale coïncidant avec chaque respiration.

Le ralentissement du pouls qui existe dans la période d'excitation et se prolonge jusqu'à la pause, a été attribué à une excitation du centre des nerfs vagues par Richet et par Dastre[2]. « Si, dit le premier, pendant la phase de ralentisse-« ment, on fait la section des pneumogastriques, comme l'a « fait Dastre, on voit aussitôt le cœur s'accélérer, ce qui « prouve bien que le ralentissement était dû à l'action du nerf « modérateur. »

[1] Richet. La mort du cœur dans l'asphyxie. *Arch. de physiol. norm. et path.*, 1894, p. 652.
[2] Richet. Art. Asphyxie, *loc. cit.*, p. 750.

Digitized by Google

« Le centre du vague, dit Landergren[1], montre, pendant la « période d'excitation de l'asphyxie aiguë, une résistance qui « se rapproche de celle du centre respiratoire. Les deux cen- « tres sont déjà excités au commencement de l'asphyxie et, « avec la dernière respiration terminale, toute trace d'une ac- « tion du vague sur le cœur a généralement disparu. Le maxi- « mum de l'excitation du centre du vague se produit pendant « la pause respiratoire préterminale. »

Philips[2] dit que la fin de l'asphyxie s'accompagne d'un arrêt de la respiration et du cœur avec chute progressive de la pression sanguine. Cet arrêt momentané du cœur est dû probablement à l'excitation du vague ; il se montre dans les tracés publiés par Philips.

Landergren dit aussi avoir observé un arrêt des pulsations pendant 30 secondes, en conséquence de l'exitation du centre du nerf vague.

Pendant l'asphyxie, les fonctions du système nerveux sont atteintes. Richet, dans son article, divise la perte des fonctions dans l'asphyxie en quatre périodes successives : 1) mort de la conscience, 2) mort des réflexes, 3) mort de la respiration, 4) mort du cœur.

1) La mort de la conscience, étudiée chez l'homme, n'atteint généralement pas une minute ; sensation d'angoisse excessive avec vertige, la vue se trouble, les oreilles bruissent et la conscience disparaît.

2) Les mouvement réflexes ont généralement disparu au bout de deux minutes à deux minutes et demie ; cette disparition correspond à la pause respiratoire. « Alors, dit Richet, les res- « pirations et les battements de cœur persistent seuls chez « l'animal inerte, plus de sensibilité, plus de mouvements « spontanés ou réflexes ».

« Vingt secondes après qu'on a fermé la trachée, dit Mosso[3], « les cobayes tombent sans conscience avec un relâchement « complet des muscles. A partir de ce moment, on peut consi- « dérer les réflexes comme abolis et les mouvements qu'on « observe chez l'animal sont dûs à l'action directe qu'exerce le

[1] Landergren. *loc. cit.*, p. 9.
[2] Philips. Réviviscence du cœur par les tractions rythmées de la langue. *Archives internationales de physiologie*, V. II, 1904-05, p. 287.
[3] Mosso, *loc. cit.*, p. 180.

Digitized by Google

« manque d'oxygène ou l'accumulation de l'anhydride carbo-
« nique sur les cellules nerveuses motrices. Un fait important
« est que les convulsions cessent avec le commencement de la
« pause respiratoire. Lorsque les convulsions respiratoires ont
« cessé, nous pouvons considérer comme mises hors de combat
« l'écorce cérébrale et la mœlle allongée pour ce qui se rap-
« porte aux mouvements respiratoires. L'absence des réflexes,
« alors que persiste encore la respiration, est, à mon avis, un
« fait d'une haute importance en faveur de ceux qui nient que
« les mouvements respiratoires soient de nature réflexe comme
« le croient encore beaucoup de physiologistes. S'ils subsistent
« encore, alors que les autres actions réflexes ont cessé, cela
« prouve la nature autochtone de ces mouvements. »

Cette manière de voir exprimée par Mosso est confirmée par les expériences de MM. Prevost et Battelli[1] sur la restauration du cœur par le massage. Nous transcrivons ce qu'ils disent au sujet de la mort du cœur dans l'asphyxie :

« Dès que nous avons constaté l'arrêt du cœur par l'auscul-
« tation, nous ouvrons rapidement le thorax, lions les artères
« mammaires, ouvrons le péricarde et préparons tout pour la
« respiration artificielle et le massage du cœur. Après trente à
« quarante compressions, le cœur se remet à battre ou est pris
« de trémulations fibrillaires qui sont définitives chez le chien.
« Après un massage et une respiration artificielle plus ou
« moins prolongés, on voit reparaître la respiration d'abord
« faible, puis s'accentuant progressivement et, ensuite, les
« divers phénomènes réflexes qui reparaissent habituellement
« dans l'ordre inverse de leur disparition. La pupille se con-
« tracte, la cornée devient sensible et, ensuite, reparaissent les
« réflexes patellaires qui, souvent, précèdent les réflexes cor-
« néens.

« Ces expériences sont bien propres à démontrer l'automa-
« tisme des centres respiratoires. On peut toujours, en effet,
« constater, pendant la restauration du système nerveux, une
« période d'environ dix minutes, quelquefois plus longue, pen-
« dant laquelle les mouvements respiratoires s'exécutent ryth-
« miquement quand les phénomènes réflexes manquent encore

[1] Prevost et Battelli. Influence de l'alimentation sur le rétablissement des fonctions du cœur. (Communication faite au Congrès de physiologie de Turin, sept. 1901). *Revue médicale de la Suisse romande* 1901. *Travaux du laboratoire de physiologie de Genève*. III, 1901-1902, p. 3.

Digitized by Google

« absolument. On voit ainsi, d'une manière bien nette, que le « rythme de la respiration est une attribution intrinsèque des « centres nerveux. »

Des tractions rythmées de la langue.

Laborde[1] a résumé dans un volume les nombreuses communications qu'il fit à plusieurs reprises à diverses sociétés savantes sur ce sujet.

Pour lui, les tractions rythmées de la langue seraient le moyen rationnel le plus puissant pour ranimer la fonction respiratoire et la vie dans les divers cas d'asphyxie. Il affirme que ce moyen est capable de ranimer le cœur et la respiration, quand on l'emploie avec persévérance, lorsque tous les signes de la vie sont déjà éteints. Ce procédé devrait être prolongé souvent pendant plusieurs heures, après lesquelles il peut devenir efficace.

Laborde mit en usage un appareil automatique capable de pratiquer plus commodément, pendant un temps très prolongé, les tractions rythmées de la langue. Il interprète l'action favorable des tractions par une relation étroite qui existerait entre les réflexes respiratoires et la langue, grâce aux connexions directes de cet organe avec les nerfs sensitifs dont l'excitation initiale provoque le réflexe respiratoire.

Les nerfs sensitifs communs qui innervent la langue et le champ respiratoire sont le laryngé supérieur et le glosso-pharyngien ; en tirant sur la langue, on excite les nerfs laryngés supérieurs et les expansions terminales trachéo-bronchiques des pneumogastriques et, accessoirement, les nerfs glosso-pharyngiens et le lingual. Cette excitation se transmettrait au centre respiratoire bulbo-myélitique qui, par action réflexe, agirait sur les nerfs moteurs respiratoires et, en particulier, sur le nerf phrénique, provoquant le réveil des mouvements du diaphragme et de la fonction respiratoire.

La section des nerfs sensitifs mentionnés ci-dessus empêcherait cette action de se produire.

Cette théorie, exposée par Laborde, n'est pas sans provo-

[1] S.-V. Laborde. Le signe automatique de la mort réelle, moyen déduit de l'action négative du procédé des tractions rythmées de la langue. C. Reinwald, Paris, 1900.

Digitized by Google

quer un certain étonnement, car, comme le font remarquer Richet ainsi que Mosso, dans les dernières phases de l'asphyxie, on observe une inhibition complète des réflexes. Pour Richet, les tractions de la langue opérées par Laborde seraient simplement capables d'opérer une légère respiration artificielle et, lorsque le cœur est complètement arrêté, elles ne paraissent pas capables d'une action bien efficace.

Le procédé de Laborde a cependant été si généralement vulgarisé qu'il n'est pas de cas de noyade, d'asphyxie, de mort par électrocution, où on ne le voie signalé comme ayant été immédiatement employé sans que l'on analyse le résultat obtenu.

Laborde, dans ses travaux, n'a jamais donné de graphiques de ses expériences, en sorte qu'on ne peut analyser scientifiquement ses affirmations.

L'étude de l'action physiologique que pourraient avoir les tractions rythmées de la langue a été reprise récemment par Philips[1] qui publie ses résultats dans les *Archives internationales de physiologie*.

Toutes les expériences de Philips ont été pratiquées sur des chiens anesthésiés par la morphine (0,01 au moins par kilogr. d'animal), la pression carotidienne était prise avec un manomètre à mercure et la respiration enregistrée au moyen du pneumographe de Knoll. Une canule etait fixée à la trachée; son occlusion, au moyen d'un bouchon en caoutchouc, servait à produire l'asphyxie.

Philips donne un premier graphique qui, dit-il, « montre les « phénomènes tels qu'il les a observés chez la plupart de ses « chiens. Il représente la fin de l'asphyxie s'accompagnant « d'un arrêt de la respiration et du cœur avec chute progres- « sive de la pression sanguine.

« A peine a-t-on fait une dizaine de tractions linguales qu'il « se produit, précédant tout mouvement respiratoire, une sys- « tole cardiaque, puis, en même temps qu'un mouvement respi- « ratoire profond, une série de contractions cardiaques énergi- « ques, surtout au début et accélérées, surtout à la fin, s'ac- « compagnant d'une hausse de pression considérable (véritable « bond manométrique). Après un petit arrêt du cœur, ce même

[1] Philips. Réviviscence du cœur par les tractions rythmées de la langue. *Archives internationales de physiologie*, 1904-05, N. 2.

Digitized by Google

« phénomène cardio-respiratoire se reproduit avec cette diffé-
« rence, toutefois, que la hausse manométrique est un peu plus
« grande. Finalement — après ouverture préalable de la
« trachée — l'animal revient à son fonctionnement cardio-res-
« piratoire normal. Il s'ensuit que, sous la seule influence des
« tractions rythmées de la langue, il se produit un réveil de la
« fonction cardio-respiratoire, lorsque celle-ci a été arrêtée au
« préalable par asphyxie prolongée. La respiration est profonde
« d'emblée, le cœur, en même temps que la respiration, se
« réveille également brusquement et rapidement ; ses systoles
« énergiques, au début surtout, et accélérées à la fin, produi-
« sent des hausses de pression considérables ».

Nous avons reproduit intégralement la description donnée par Philips parce que, comme nous le verrons plus loin, elle ne concorde pas avec nos propres observations. Pour analyser ce réveil cardio-vasculaire qu'il attribue aux tractions rythmées de la langue, Philips fait diverses expériences qui l'amènent à conclure que :

1° La paralysie des pneumogastriques due à leur section ou à la paralysie par l'atropine empêche le réflexe de se produire et les tractions rythmées de la langue seraient alors inefficaces.... le réflexe peut persister après la section de l'anse de Vieussens (accélérateur), après la section de la mœlle cervicale et après curasisation complète de l'animal.

2° Les tractions linguales sur un animal en activité physiologique amènent *a)* un renforcement et une accélération des mouvements respiratoires par action directe sur les centres respiratoires ; *b)* une élévation de la pression sanguine par action directe sur le centre vaso-constricteur.

3° Un ralentissement des contractions cardiques avec chute de pression par action directe sur les centres modérateurs du cœur.

Si les tractions rythmées de la langue sont efficaces pour la production d'un réflexe cardio-respiratoire, elles ne le sont pas autant pour le rappel de la vie et leur association à la respiration artificielle ou à une autre méthode de résurrection du cœur s'impose.

On voit, d'après ce résumé, que Philips admet tout-à-fait la manière de voir de Laborde et qu'il s'efforce à défendre les explications théoriques données par ce dernier.

Digitized by Google

II. — Recherches personnelles.

Exposons maintenant nos recherches personnelles et nous chercherons à déterminer en quoi elles sont opposées aux conclusions de Laborde et de Philips relativement à l'influence qu'auraient, selon ces auteurs, les tractions rythmées de la langue dans la mort par l'asphyxie.

Méthode. Nos expériences ont été faites sur des cobayes, des lapins, des chats et des chiens ; le plus souvent, sans l'emploi des anesthésiques et chez un certain nombre d'animaux, après les avoir narcotisés par le chloroforme, l'éther ou la morphine.

L'asphyxie a été produite par la compression de la trachée au moyen d'une pince hémostatique.

Chez les chiens, on s'est servi, le plus souvent, d'une canule introduite dans la trachée, dont l'extrémité était munie d'un tube de caoutchouc sur lequel on appliquait la pince.

La respiration était enregistrée au moyen d'un double tambour de Marey associé à un tambour à levier.

Chez les lapins, les chats et les chiens, la pression carotidienne était inscrite en regard de la respiration et prise au moyen d'un manomètre à mercure. Le temps était inscrit toutes les deux secondes au moyen d'un signal de Desprès.

A. Cobayes.

Exp. I. — Cobaye de 300 gr. (fig. 1 ci-contre).

Axphyxie par ligature de la trachée avec un fil et tractions de la langue inutiles après les respirations finales avec la trachée fermée.

29 *mai* 1906. — 11 h. 15' 30". La trachée est liée ; commencement des convulsions respiratoires qui durent 2' 15".

11 h. 17' 46". La respiration cesse. C'est la pause respiratoire qui dure 45".

11 h. 18' 30". Commencement des respirations finales qui sont au nombre de 16 et qui durent 1' 20".

11 h. 19' 50". La respiration s'arrête définitivement.

11 h. 21'. Commencement des tractions rythmées de la langue.

11 h. 26' Cessation des tractions rythmées de la langue qui n'ont amené aucune modification quelconque dans le tracé de la respiration.

Exp. II. — Cobaye de 265 gr.

Asphyxie par ligature de la trachée avec un fil. Tractions rythmées de la langue sans influence après les respirations finales avec la trachée fermée.

Digitized by Google

29 *mai* 1906. — 11 h. 42'. La trachée liée ; commencement des convulsions respiratoires qui durent 2' 30".

11 h. 44' 30". La respiration cesse ; c'est la pause respiratoire qui dure 36".

11 h. 45' 6". Commencement des respirations finales au nombre de neuf et durent 30".

11 h. 45' 36". Les respirations finales cessent.

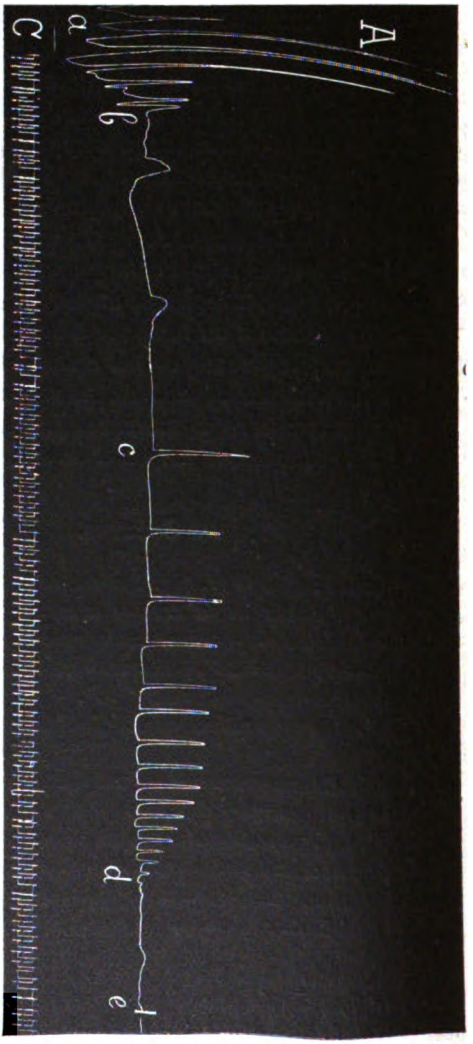


FIG. 1. — *Tractions rythmées de la langue inutiles chez le cobaye asphyxié par la ligature de la trachée.* Le graphique est pris 1' 55" après la ligature de la trachée. — *A*. Respiration — *C*. Temps : la distance de chaque pointe supérieure indique deux secondes. — *a. b*. Fin des convulsions respiratoires. — *b, c*. Pause respiratoire. — *c, d*. Respirations finales. — *e*. Commencement des tractions rythmées de la langue. Les deux petites élévations du tracé pendant la pause sont dues à des mouvements vermiculaires de l'intestin, le pneumographe étant placé sur l'abdomen.

Digitized by Google

11 h. 47' 30". Commencement des tractions rythmées de la langue avec la trachée liée.

11 h. 50'. Cessation des tractions rythmées de la langue qui n'ont amené aucune modification quelconque dans le tracé de la respiration.

Ces deux expériences démontrent que, si on fait les tractions rythmées de la langue après les respirations finales, on n'obtient aucune modification du tracé respiratoire et le cœur ne prolonge pas ses battements.

Exp. III. — Cobaye de 425 gr.

Asphyxie par compression de la trachée avec une pince hémostatique, enlèvement de la pince et tractions rythmées de la langue inutiles après les respirations finales.

29 *mai* 1906.— 5 h. 2'. La trachée est pincée; convulsions respiratoires durant 2' 2".

5 h. 4' 2". La respiration cesse; c'est la pause respiratoire qui dure 54".

5 h. 4' 56". Commencement des respirations finales, au nombre de treize, qui durent 40".

5. h. 5' 36". Les respirations finales cessent.

5. h. 6' 12". Enlèvement de la pince et commencement des tractions rythmées de la langue.

5 h. 10' 36". Cessation des tractions rythmées de la langue qui n'ont amené aucune modification quelconque dans le tracé de la respiration.

Cette expérience nous montre que si on fait les tractions rythmées de la langue avec la trachée libre après les respirations finales, ni les battements du cœur, ni la respiration ne se rétablissent. Pour déterminer si la respiration se rétablit spontanément par le seul enlèvement de la pince et sans tractions rythmées de la langue, nous avons fait les expériences suivantes dans lesquelles nous enlevions la pince aux différentes phases de la pause et des respirations finales pour déterminer la limite après laquelle la respiration ne se rétablit pas spontanément. Voici quelques-unes de ces expériences les plus caractéristiques :

Exp. IV. — Cobaye de 700 gr.

Asphyxie par compression de la trachée avec une pince hémostatique, enlèvement de la pince au commencement de la pause et rétablissement du cobaye sans tractions rythmées de la langue.

30 *mai* 1906. — 9 h. 37'. La trachée est pincée; commencement des convulsions respiratoires qui durent 2' 8".

9 h. 39' 45". La respiration cesse ; commencement de la pause.

Digitized by Google

9 h. 39' 48". Enlèvement de la pince au commencement de la pause.

9 h. 40' 8". Une respiration profonde.

9 h. 40' 28". Commencement des respirations irrégulières et superficielles qui deviennent de plus en plus profondes et régulières et le cobaye revient à lui spontanément, sans tractions rythmées de la langue.

Dans cette experience, nous avons vu que le cobaye peut reprendre spontanément la respiration après sa cessation complète sans que l'on recoure aux tractions de la langue et par simple enlèvement de la pince de la trachée au commencement de la pause.

Exp. V. — Cobaye de 610 gr.

Asphyxie par compression de la trachée avec une pince hémostatique, enlèvement de la pince au milieu de la pause et rétablissement de la respiration du cobaye sans tractions rythmées de la langue.

30 *mai* 1906.— 4 h. 19'. La trachée est pincée; commencement des convulsions respiratoires qui durent 2' 52".

4 h. 21' 52". La respiration cesse ; commencement de la pause.

4 h. 22' 4". Enlèvement de la pince.

4 h. 22' 12". Commencement des respirations irrégulières et superficielles qui deviennent de plus en plus profondes et régulières et le cobaye revient spontanément, sans tractions rythmées de la langue.

Exp. VI. — Cobaye de 310 gr.

Asphyxie par compression de la trachée avec une pince, enlèvement de la pince après la première respiration finale et rétablissement du cobaye sans tractions rythmées de la langue.

30 *mai* 1906. — 4 h. 22' 20". La trachée est pincée ; commencement des convulsions respiratoires, qui durent 1' 38".

4 h. 23' 58". La respiration cesse. C'est la pause respiratoire, qui dure 40".

4 h. 24' 38". Première respiration finale.

4 h. 24' 44". Enlèvement de la pince après la première respiration finale et commencement des respirations irrégulières.

4 h. 25' 50". Respiration normale ; le cobaye revient spontanément sans tractions rythmées de la langue.

Exp. VII. — Cobaye de 497 gr. (Fig. 2).

Asphyxie par compression de la trachée avec une pince hémostatique, enlèvement de la pince après la quatrième respiration finale et rétablissement du cobaye sans tractions rythmées de la langue.

31 *mai* 1906. — 5 h. 20' 16". La trachée est pincée; commencement des convulsions respiratoires, qui durent 1' 54".

5 h. 22' 10". La respiration cesse. C'est la pause qui dure 36".

5 h. 22' 46". Commencement des respirations finales.

Digitized by Google

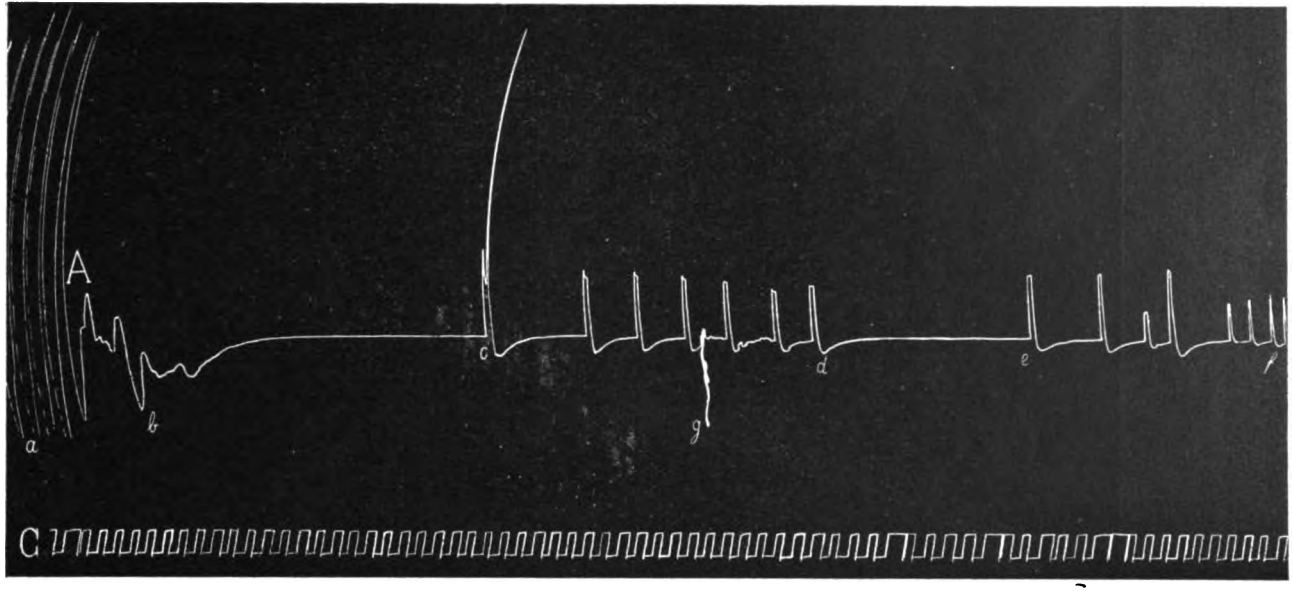


Fig. 2. — *Cobaye, asphyxié par compression de la trachée. Rétablissement spontané par enlèvement de la pince de la trachée, fait après la quatrième respiration finale.* Le graphique est pris 1' 30" après la compression de la trachée. — *A*. Respiration. — *C*. Temps : la distance de chaque pointe supérieure indique deux secondes. — *a*, *b*. Fin des convulsions respiratoires. — *b*, *c*. Pause. — *c*. *d*. Respirations finales. — *g*. Enlèvement de la pince. — *e*, *f*. Respiration normale.

Digitized by Google

5 h. 22' 57". Enlèvement de la pince après la quatrième respiration finale et le commencement des respirations irrégulières qui finissent par devenir profondes et régulières et l'animal revient spontanément à la vie sans tractions rythmées de la langue.

Ces trois dernières expériences démontrent que, en enlevant la pince de la trachée plus tard, c'est-à-dire déjà pendant les respirations finales, l'animal peut reprendre la respiration et revenir à la vie sans qu'il soit nécessaire de recourir aux tractions rythmées de la langue.

Dans l'expérience VII l'animal est revenu spontanément à lui après que l'on eût ôté la pince asphyxique après la quatrième respiration finale.

Ce n'est pas là la limite ultime, car nous avons vu se rétablir un cobaye auquel nous avions enlevé la pince asphyxique après la cinquième respiration finale sans faire de tractions rythmées de la langue.

Fig. 3. — *Tractions rythmées de la langue inutiles faites après la sixième respiration finale chez un cobaye, asphyxié par compression de la trachée.* Le graphique est pris 1' 30" après la compression de la trachee, — *A*. Respiration. — *C*. Temps : la distance de chaque pointe supérieure indique deux secondes. — *a*. *b*. Fin des convulsions respiratoires. — *b*. *c*. Pause respiratoire. — *c*. *e*. Respirations finales. *d*. Enlèvement de la pince et commencement des tractions rythmées de la langue.

Digitized by Google

Nous pouvons affirmer d'autre part, en nous basant sur les expériences suivantes, que le cobaye ne se remet pas spontanément de l'asphyxie quand on ôte la pince asphyxique après la sixième ou la septième respiration finale.

Dans ces cas nous avons essayé de faire les tractions rythmées de suite après l'enlèvement de la pince, elles furent inutiles, l'animal n'a pas repris la respiration et mourut.

Exp. VIII. — Cobaye de 400 gr. (Fig. 3).

Asphyxie par compression de la trachée avec une pince hémostatique, enlèvement de la pince après la sixième respiration finale. Mort du cobaye malgré les tractions rythmées de la langue qu'on a commencé à faire de suite après l'enlèvement de la pince.

7 juin 1906. — 10 h. 5'. La trachée est pincée ; commencement des convulsions respiratoires, qui durent 1' 50".

10 h. 6' 55". La respiration cesse. C'est la pause qui dure 28".

10 h. 7' 23". Commencement des respirations finales.

1h h. 8' 7". Enlèvement de la pince après la sixième respiration finale et le commencement des tractions rythmées de la langue. L'animal fait encore dix respirations finales.

10 h. 8' 25" La respiration cesse définitivement et le cobaye meurt malgré les tractions rythmées de la langue, faites pendant quatre minutes.

Nous avons obtenu des résultats identiques dans de nombreuses expériences faites de la même manière que cette dernière, en enlevant la pince plus tard que la sixième respiration finale.

B. Lapins

Chez les lapins l'asphyxie se comporte de la même manière que chez les cochons d'Inde, avec cette différence que la limite extrême après laquelle l'animal ne revient plus spontanément après l'enlèvement de la pince, s'éloigne jusqu'à la huitième respiration finale après laquelle le lapin meurt malgré les tractions rythmées faites de suite après l'enlèvement de la pince.

Nous avons chez les lapins enregistré en même temps que la respiration la pression carotidienne, afin de suivre les diverses modifications que subissent la circulation et la respiration pendant les diverses phases de l'asphyxie.

Voici quelques-unes de ces expériences :

Exp. IX. — Lapin de 2000 gr. (Fig. 4).

Asphyxie par compression de la trachée avec une pince hémostatique, enlèvement de la pince et tractions rythmées de la langue inutiles après les respirations finales.

Digitized by Google

4 juin 1906. — 4 h. 14'. La trachée est pincée. La pression carotidienne commence à s'élever en même temps que se produisent les convulsions respiratoires qui se généralisent dans tout le corps. La durée de ce stade est de 2' 44".

4 h. 16' 44". La pression carotidienne tombe et la respiration cesse. C'est la pause respiratoire qui dure 10 secondes.

4 h. 16' 49". La pression carotidienne monte jusqu'au troisième stade, c'est-à-dire le stade des respirations finales.

4 h. 16' 54". Commencement des respirations finales. Pression carotidienne diminuant peu à peu jusqu'à la terminaison des respirations finales qui sont au nombre de seize, offrant une série de petites élévations correspondant à chacune d'elles.

4 h. 18' 4". Les tracés de la respiration et de la pression tombent à zéro.

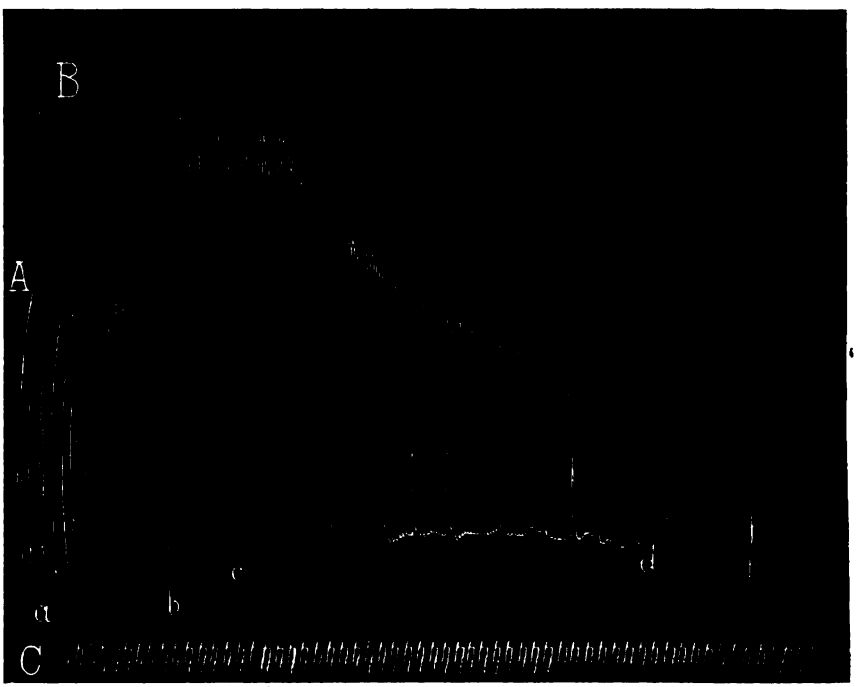


Fig. 4. — *Tractions rythmées de la langue inutiles chez un lapin asphyxié par compression de la trachée.* Le graphique est pris 2' 22" après la compression de la trachée. — *A*. Respiration. — *B*. Pression carotidienne. — *C*. Temps : la distance de chaque pointe supérieure indique deux secondes. — *a*, *b*. Fin des convulsions respiratoires. — *b*, *c*. Pause. *c*, *d*. Respirations finales. — *t*. Commencement des tractions rythmées de la langue.

Digitized by Google

4 h. 18'. 5". Enlèvement de la pince et commencement des tractions rythmées de la langue.

4 h. 28'. Cessation des tractions rythmées de la langue qui n'ont amené aucune modification quelconque dans les tracés de la respiration et de la pression, quoiqu'elles aient été continuées pendant dix minutes cinq secondes.

Cette expérience, avec la figure qui y est annexée, peut être considérée comme un type des modifications de la respiration et de la circulation par l'asphyxie quand on enlève la pince après les dernières respirations finales et de l'inutilité qu'ont alors les tractions rythmées de la langue.

Dans les expériences suivantes nous chercherons l'influence de l'enlèvement de la pince à une période moins avancée de l'asphyxie.

Exp. X. — Lapin de 2000 gr.

Asphyxie par compression de la trachée avec une pince hémostatique, enlèvement de la pince pendant la pause ; rétablissement de la respiration, élévation de la pression et réviviscence du lapin sans tractions rythmées de la langue.

4 juin 1906. — 5 h. 8'. La trachée est pincée. Pression carotidienne commence à s'élever en même temps que se produisent les convulsions respiratoires, qui se généralisent dans tout le corps. La durée de ce stade est de 2'.

5 h. 10'. La pression carotidienne tombe et la respiration cesse. C'est la pause qui commence.

5 h. 10' 28". Enlèvement de la pince 28" après le commencement de la pause.

La pression continue à descendre un peu et la pause respiratoire continue pendant 44".

5 h. 11' 12". La respiration se rétablit et la pression monte sans tractions rythmées de la langue, seulement à la suite de l'enlèvement de la pince. Le lapin se rétablit spontanément.

Dans de nombreuses expériences, que nous ne publions pas, nous avons enlevé la pince successivement après la première, la seconde, la troisième et la quatrième respirations finales et nous avons obtenu les mêmes résultats qu'avec les cobayes, savoir que les lapins reviennent spontanément sans tractions rythmées de la langue par le simple enlèvement de la pince asphyxique avant la cinquième respiration finale.

Maintenant nous allons, comme nous l'avons fait pour les cobayes, déterminer quelle est la limite ultime après laquelle les lapins ne reviennent pas quand on enlève seulement la pince asphyxique.

Digitized by Google

Exp. XI. — Lapin de 2000 gr.

Asphyxie par compression de la trachée avec une pince hémostatique, enlèvement de la pince après la cinquième respiration finale, rétablissement de la respiration, élévation de la pression et réviviscence du lapin sans tractions rythmées de la langue.

8 *juin* 1906. — 3 h. 56'. La trachée est pincée. La pression carotidienne commence à monter en même temps que se produisent les convulsions respiratoires qui se généralisent dans tout le corps. La durée de ce stade est de 2' 22".

3 h. 58' 22". La pression carotidienne tombe et la respiration cesse. C'est la pause respiratoire qui dure 28".

3 h. 58' 50". Commencement des respirations finales. La pression carotidienne diminuant peu à peu, offre une série de petites élévations correspondant à chaque respiration finale.

3 h. 59' 58". Enlèvement de la pince après la cinquième respiration finale. La pression s'élève et la respiration se rétablit, l'animal revient à lui spontanément sans tractions rythmées de la langue.

Exp. XII. — Lapin de 2100 gr.

Asphyxie par compression de la trachée avec une pince hémostatique. Enlèvement de la pince après la sixième respiration finale ; rétablissement de la respiration, élévation de la pression et réviviscence de l'animal spontanément sans tractions rythmées de la langue.

9 *juin* 1906. — La trachée est pincée. Pression carotidienne commence à s'élever en même temps que se produisent les convulsions respiratoires, qui se généralisent dans tout le corps. La durée de ce stade est de 2' 14".

10 h. 18' 14". La pression carotidienne descend et la respiration cesse. C'est la pause respiratoire qui dure 12".

10 h. 18' 26". Commencement des respirations finales. Pression carotidienne diminuant peu à peu.

10 h. 19' 24". Enlèvement de la pince après la sixième respiration finale. La pression s'élève de nouveau et la respiration se rétablit. L'animal revient à lui spontanément sans tractions rythmées de la langue.

Exp. XIII. — Lapin de 1500 gr. (Fig. 5).

Asphyxie par compression de la trachée avec une pince hémostatique, enlèvement de la pince après la septième respiration finale ; rétablissement de la respiration, élévation de la pression carotidienne et réviviscence du lapin sans tractions rythmées de la langue.

12 *juin* 1906. — 3 h. La trachée est pincée. La pression carotidienne commence à s'élever en même temps que se produisent les convulsions respiratoires, qui se généralisent dans tout le corps. La durée de ce stade est de 2' 30".

3 h. 2' 30". La pression carotidienne descend et la respiration cesse. C'est la pause respiratoire, qui dure 26".

3 h. 2' 56". Commencement des respirations finales. La pression caro-

Digitized by Google

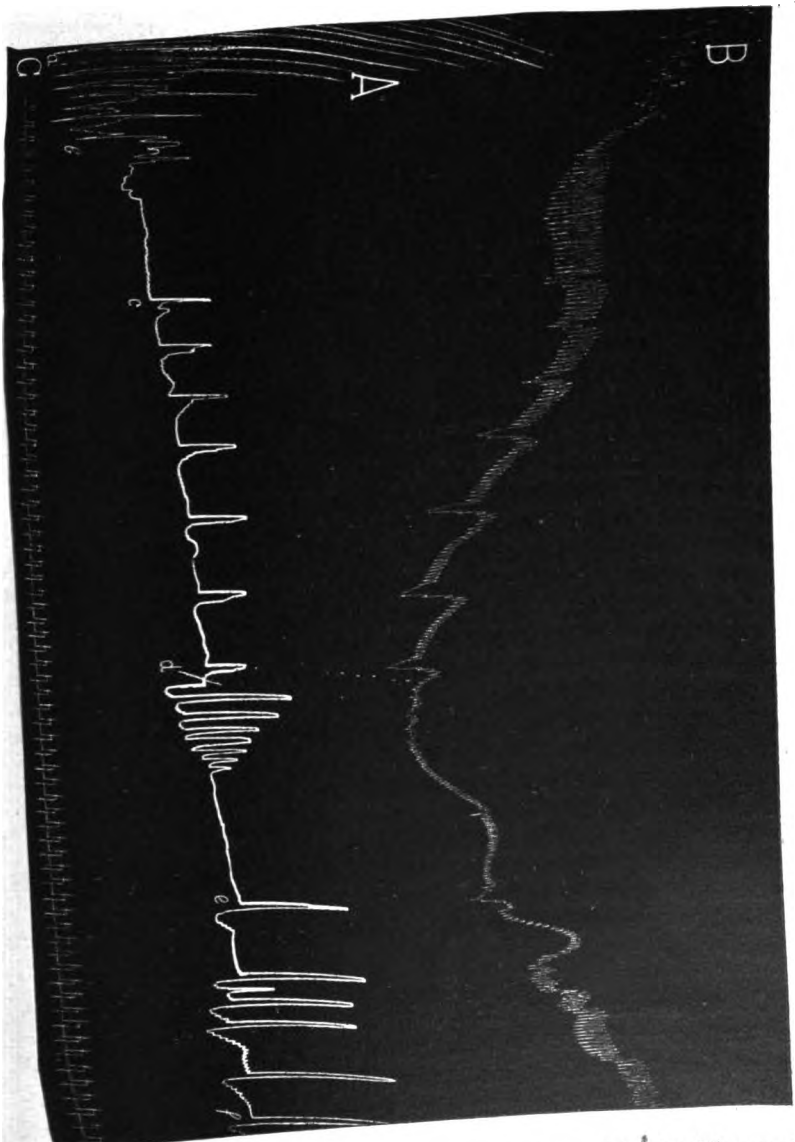


FIG. 5. — *Lapin asphyxié par compression de la trachée. Rétablissement spontané par enlèvement de la pince dela trachée fait après la septième respiration finale.* Le graphique est pris 2' 10" après la compression de la trachée. — *A*. Respiration. — *B*. Pression carotidienne. — *C*. Temps : la distance de chaque pointe supérieure indique deux secondes. — *a*, *b*. Fin des convulsions respiratoires. — *b*, *c*. Pause. — *c*, *d*. Respirations finales. — *d*. Enlèvement de la pince. — *e*, *f*. Respiration normale.

Digitized by Google

tidienne diminuant peu à peu offre une série de petites élévations correspondant à chaque respiration finale.

3 h. 3' 30". Enlèvement de la pince après la septième respiration finale. La pression s'élève de nouveau et la respiration se rétablit. L'animal revient spontanément sans tractions rythmées de la langue.

Les trois dernières expériences nous démontrent que les lapins reviennent habituellement et spontanément sans tractions rythmées de la langue, si on enlève la pince comprimant la trachée après la cinquième, sixième, septième respirations finales.

Si, au contraire, la pince est enlevée après la huitième ou la neuvième respirations finales, ou plus tard, l'animal ne se rétablit pas, malgré les tractions rythmées de la langue, comme le démontre l'expérience suivante :

Exp. XIV. — Lapin de 2000 gr.

Asphyxie par compression de la trachée avec une pince hémostatique, enlèvement de la pince après la huitième respiration finale. Tractions rythmées de la langue inutiles, commencées de suite après l'enlèvement de la pince.

12 *juin* 1906. — 3 h. 32'. La trachée est pincée. La pression carotidienne commence à s'élever en même temps que se produisent les convulsions respiratoires, qui se généralisent dans tout le corps. La durée de ce stade est de 7'.

3 h. 34'. La pression carotidienne descend et la respiration cesse. C'est la pause respiratoire qui dure 56".

3 h. 34' 56". Commencement des respirations finales. La pression carotidienne diminuant peu à peu offre une série de petites élévations correspondant à chaque respiration finale.

3 h. 35' 56". Enlèvement de la pince et commencement des tractions rythmées de la langue inutiles.

3 h. 36' 4". La respiration cesse définitivement et le tracé de la pression tombe à zéro.

Ces expériences nous démontrent donc que, chez les lapins, les tractions rythmées de la langue n'amènent aucune modification dans les tracés et sont sans utilité pour la réviviscence de l'animal, quand elles sont faites lorsque la pression est tombée et que le stade des respirations finales est terminé.

Dans l'expérience suivante les deux nerfs vagues ont été sectionnés, afin de voir l'influence que cette section peut avoir sur les tracés de l'asphyxie.

Digitized by Google

Exp. XV. — Lapin de 1500 gr.

Section des deux vagues. Asphyxie par compression de la trachée par une pince hémostatique, enlèvement de la pince au commencement des respirations finales; rétablissement de la respiration, élévation de la pression comme par un bond et réviviscence de l'animal spontanément sans tractions rythmées de la langue.

23 *juin* 1906. — 3 h. 4'. Deux vagues coupés.

3 h. 4' 36". La trachée est pincée. La pression carotidienne s'élève avant que se produisent les convulsions respiratoires. La respiration est régulière et rapide.

3 h. 5' 10". La pression descend peu à peu dès le commencement de la pause.

3 h. 6' 22". La pression descendue, le pouls s'accélère et la respiration cesse. C'est la pause, qui dure 18".

3 h. 6' 40". Commencement des respirations finales.

3 h. 6' 42". Enlèvement de la pince après la première respiration finale.

3 h. 6' 56". Elévation de la pression, comme par un bond et rétablissement de la respiration, qui est d'abord lente et profonde, puis après quatre minutes reprend son rythme normal.

L'animal revient spontanément sans tractions rythmées de la langue, malgré que les nerfs vagues aient été coupés.

On voit que chez ce lapin dont les deux vagues étaient sectionnés et chez lequel nous avons enlevé la pince comprimant la trachée après la première respiration finale, l'animal s'est spontanément rétabli, sans que l'on ait eu recours aux tractions rythmées de la langue, comme cela est le cas chez les lapins dont les vagues étaient intacts.

Dans l'expérience suivante les tractions rythmées de la langue ont été inefficaces chez un lapin dont les deux nerfs vagues étaient sectionnés et la pince enlevée après la huitième respiration finale.

On voit d'autre part dans le tracé les respirations finales bien accusées malgré l'absence des nerfs vagues.

Exp. XVI. — Lapin de 1600 gr.

Section des deux nerfs vagues. Asphyxie par compression de la trachée avec une pince hémostatique, enlèvement de la pince après la huitième respiration finale. Tractions rythmées de la langue inutiles, commencées quelques secondes après l'enlèvement de la pince.

23 *juin* 1906. — 4 h. 23'. Section de deux nerfs vagues.

4 h. 23' 56". La trachée pincée. La pression s'élève en même temps que se produisent les convulsions respiratoires, qui durent 1' 40".

4 h. 25' 36". La pression carotidienne descend et la respiration cesse. C'est la pause qui dure 34".

Digitized by Google

4 h. 26' 10". Commencement des respirations finales. La pression carotidienne diminuant peu à peu offre une série de petites élévations correspondant à chaque respiration finale.

4 h. 26' 58". Enlèvement de la pince après la huitième respiration finale, élévation de la pression au moment de l'enlèvement de la pince, puis la pression tombe graduellement. La respiration s'arrête après quatre mouvements spontanés.

4 h. 27' 58". Commencement des tractions rythmées qui sont inefficaces, l'animal meurt.

En somme ce lapin s'est comporté de la même façon que celui de l'expérience XIV qui avait les nerfs vagues intacts. Chez tous deux la pince a été enlevée au même moment, après la huitième respiration finale et cela avec un résultat négatif.

C. CHATS.

Exp. XVII. — Chat de 3000 gr.

Asphyxie par compression de la trachée avec une pince hémostatique, enlèvement de la pince après la première respiration finale; rétablissement de la respiration, élévation de la pression carotidienne et réviviscense du chat sans tractions rythmées de la langue.

20 *juin* 1906. — 4 h. 23' 54". La trachée est pincée. La pression carotidienne monte graduellement et quand elle atteint son maximum elle redescend peu à peu avec ralentissement du pouls. En même temps la respiration devient dyspnéique et les convulsions respiratoires se généralisent dans tout le corps. La durée de ce stade est de 1'.

4 h. 24' 54". La pression carotidienne tombe, la respiration cesse. C'est la pause qui dure 14".

4 h. 25' 8". Première respiration finale.

4 h. 25' 12". Enlèvement de la pince après la première respiration finale. La pression carotidienne s'élève de suite.

4 h. 25' 36". La respiration se rétablit. L'animal revient spontanément à la vie.

Exp. XVIII. — Chat de 3000 gr. Le même que celui de l'expérience XVII. — Seconde épreuve.

Asphyxie par compression de la trachée avec une pince hémostatique, enlèvement de la pince après la sixième respiration finale; rétablissement de la respiration, élévation de la pression carotidienne et réviviscence du chat sans tractions rythmées de la langue.

20 *juin* 1906. — 5 h. 20'. La trachée est pincée. La pression carotidienne commence à monter en même temps que se produisent les convulsions respiratoires qui se généralisent dans tout le corps. La durée de ce stade est de 1'.

Digitized by Google

5 h. 21'. La pression carotidienne tombe avec ralentissement du pouls. La respiration cesse. C'est la pause respiratoire qui dure 10".

5 h. 21' 10". Commencement des respirations finales. La pression carotidienne diminuant peu à peu offre une série de petites élévations correspondant à chaque respiration finale.

5 h. 22' 28". Enlèvement de la pince après la sixième respiration finale.

5 h. 22' 42". La respiration se rétablit en restant pendant quelques minutes fortement dyspnéique après lesquelles elle redevient normale comme la circulation. L'animal revient à la vie, spontanément, sans tractions rythmées de la langue.

Ces deux expériences nous ont montré que les chats, comme les cobayes et les lapins, peuvent revenir spontanément à la vie par le simple enlèvement de la pince asphyxiante, même après la sixième respiration finale, sans qu'il soit nécessaire de faire des tractions rythmées de la langue.

L'expérience XVIII est d'autant plus concluante que l'animal avait subi une demi heure auparavant une première épreuve d'asphyxie.

Exp. XIX. — Chatte de 2500 gr. (Fig. 6 ci-contre).

Asphyxie par compression de la trachée avec une pince hémostatique; enlèvement de la pince après la cinquième respiration finale; tractions rythmées de la langue inutiles commencées quelques secondes après l'enlèvement de la pince.

20 *juin* 1906. — 3 h. 17'. La trachée est pincée. La pression carotidienne s'élève progressivement. Les convulsions respiratoires se produisent et durent 1' 18".

3 h. 18' 8". La pression carotidienne tombe rapidement, sans arrêt du pouls et la respiration cesse; c'est la pause respiratoire qui dure 26".

3 h. 18' 34". Commencement des respirations finales. La pression carotidienne descendant peu à peu, offre une série d'élévations correspondant à chaque respiration finale.

3 h. 19' 44". Enlèvement de la pince après la cinquième respiration finale.

3 h. 20' 56. Commencement des tractions rythmées continuées inutilement pendant trois minutes. La pression était tombée à zéro et les oscillations du manomètre (pouls) étaient nulles.

Cette expérience montre bien que chez le chat les tractions rythmées sont inutiles quand la pression est descendue à un degré trop inférieur et qu'elles sont inefficaces pour relever la pression et rétablir les mouvements respiratoires.

Digitized by Google

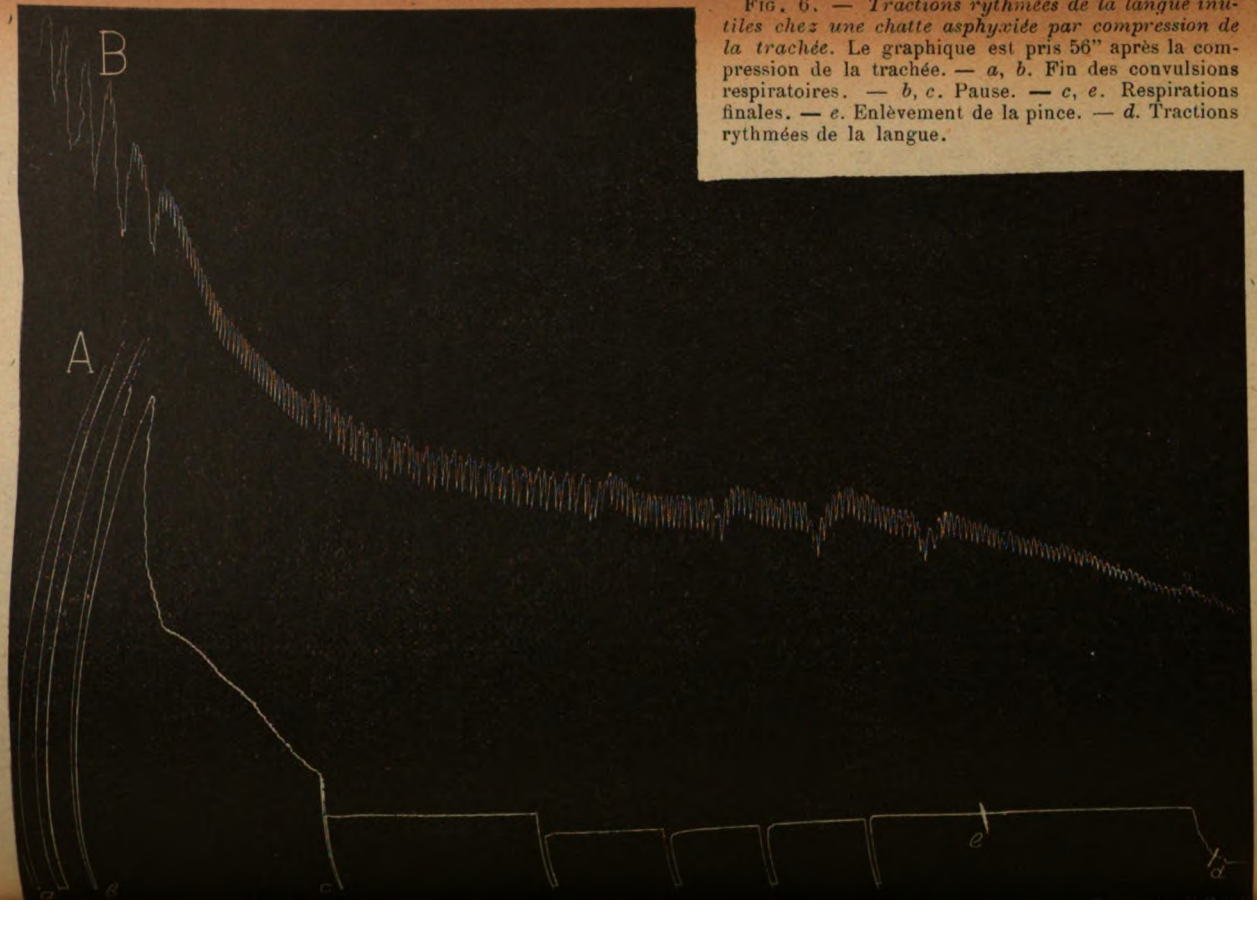


Fig. 6. — *Tractions rythmées de la langue inutiles chez une chatte asphyxiée par compression de la trachée.* Le graphique est pris 56" après la compression de la trachée. — *a*, *b*. Fin des convulsions respiratoires. — *b*, *c*. Pause. — *c*, *e*. Respirations finales. — *e*. Enlèvement de la pince. — *d*. Tractions rythmées de la langue.

Digitized by Google

L'expérience suivante est faite dans le but de voir si la pression artérielle peut être modifiée quand les tractions rythmées de la langue sont exécutées en laissant la trachée fermée.

Exp. XX. — Chatte adulte de 2400 gr. (Fig. 7 ci-contre).

Asphyxie par la fermeture d'une canule introduite dans la trachée. Tractions rythmées de la langue faites pendant que la trachée est fermée. Mort de l'animal. Aucune modification dans le tracé de la pression carotidienne.

22 *juin* 1906. — 9 h. Canule trachéale fermée avec une pince appliquée sur un tube de caoutchouc qui termine cette canule. La pression carotidienne s'élève progressivement et apparaissent les convulsions respiratoires qui durent 1' 48".

9 h. 1' 48". La pression carotidienne descend et la respiration cesse. C'est la pause.

9 h. 2' 8". Commencement des tractions rythmées de la langue en laissant la canule fermée. La pression carotidienne continue à descendre avec oscillations du pouls ralenti.

9 h. 2' 48". L'animal fait quelques respirations finales, qui sont mal enregistrées grâce à un défaut d'applications du pneumographe qui s'est déplacé.

9 h. 4' 16. On ouvre la canule, la trachée est libre ; la respiration a déjà cessé, la pression est tombée à zéro. L'animal meurt malgré la libération de la trachée et la continuation des tractions rythmées pendant un certain temps.

Dans cette expérience comme dans les précédentes on peut constater que les tractions rythmées de la langue n'ont point modifié la pression artérielle.

D. Chiens

Avant de passer à nos expériences personnelles sur les chiens, nous rapportons les expériences de MM. Prevost et Battelli auxquelles nous avons fait allusion dans notre introduction et qu'ils ont bien voulu nous remettre.

1°. *Expériences de MM. Prevost et Battelli.*

Il s'agit de cinq chiens chez lesquels la mort par asphyxie a été produite par différents procédés : 1° fermeture des narines et de la bouche ; 2° noyade ; 3° chloroformisation ; 4° suffocation par fermeture de la trachée ; 5° paralysie du cœur par courant induit.

Digitized by Google

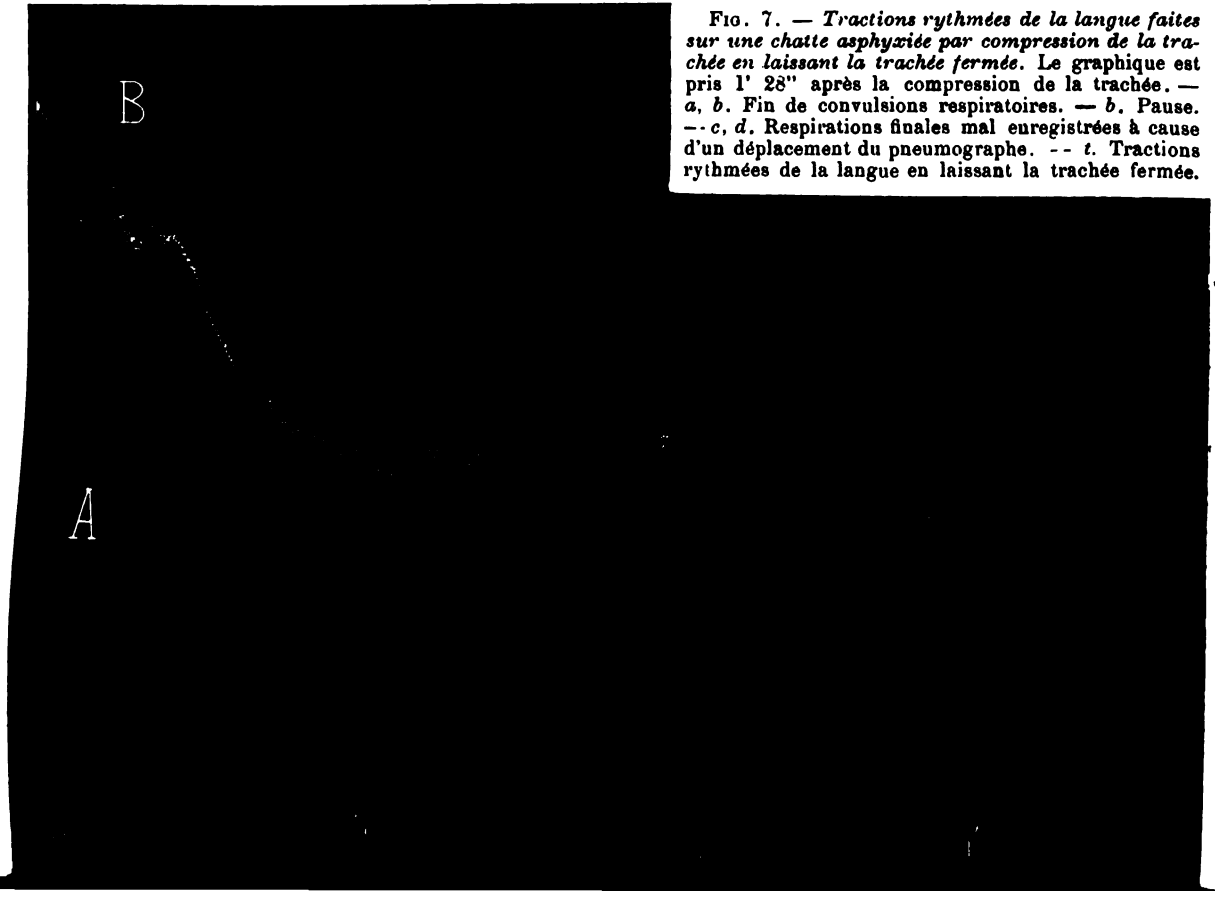


Fig. 7. — *Tractions rythmées de la langue faites sur une chatte asphyxiée par compression de la trachée en laissant la trachée fermée.* Le graphique est pris 1' 28" après la compression de la trachée. — *a, b.* Fin de convulsions respiratoires. — *b.* Pause. — *c, d.* Respirations finales mal enregistrées à cause d'un déplacement du pneumographe. -- *t.* Tractions rythmées de la langue en laissant la trachée fermée.

Digitized by Google

Dans les quatre cas d'asphyxie les tractions rythmées de la langue ont été faites selon les procédés indiqués par Laborde et ont été prolongées dans plusieurs d'entre eux jusqu'au moment de l'apparition de la rigidité cadavérique. Les tractions ont été commencées toujours à la période terminale de l'asphyxie, c'est-à-dire à la fin de la période des respirations finales. L'animal ne revenait jamais à la vie. Ces tractions ont été absolument sans effet appréciable.

Dans le cinquième cas, il s'agit d'un chien chez lequel le cœur fut électrisé et fut atteint de trémulations fibrillaires.

Les tractions rythmées de la langue faites immédiatement après l'électrisation sont restées sans effet.

Voici ces expériences :

Exp. XXI. — Chien de 20 kil.

Asphyxie par fermeture des narines et de la bouche. Tractions rythmées de la langue inutiles. L'animal meurt.

19 *juillet* 1900. — 3 h. 14'. Fermeture des narines et de la bouche.

3 h. 15' 30" Le chien ne respire plus, on observe des petites secousses du thorax.

3 h. 17' 30". Une respiration.

3 h. 19' 30. Seconde respiration forte. Convulsions cloniques, durant une douzaine de secondes.

3 h. 20' 15". Une forte respiration.

3 h. 20' 30". Idem.

3 h. 20' 35". Les réflexes cornéens existent.

Encore des mouvements convulsifs. Le chien respire.

3 h. 22' 30". Plusieurs respirations fortes.

3 h. 23' 30". Plus rien ; pupilles dilatées, pas de réflexes.

3 h. 24' 30". Commencement des tractions rythmées de la langue. On fait une ouverture dans la langue et on y passe une corde, associée à un moteur, agissant d'une façon rythmique. Les tractions sont assez fortes, de 55 par minutes.

4 h. Température rectale 39°,7.

4 h. 20'. Température rectale 37°,2.

4 h. 24'. On interrompt les tractions rythmées qui sont inefficaces.

4 h. 24. On ouvre le thorax. Le ventricule gauche est rigide ; les quatre cavités sont remplies de sang coagulé. Pas d'ecchymoses sous-pleurales.

Exp. XXII — Chien de 7500 gr.

Asphyxie par noyade. Tractions rythmées de la langue inutiles. L'animal meurt.

19 *juillet* 1900. — 5 h. 2' Immersion dans l'eau.

5 h. 2' 45" Le chien expire quelques bulles à la surface de l'eau.

Digitized by Google

5 h. 2' 50" Quelques mouvements inspiratoires.

5 h. 3' 10" Ne s'agite plus.

5 h. 3' 30" La pupille est dilatée ; le réflexe cornéen existe encore.

5 h. 4' Respire fortement

5 h. 4' 55" On le sort de l'eau ; il n'a plus de réflexe cornéen.

5 h. 4' 57" Encore une respiration.

5 h. 5' 28" Commencement des tractions rythmées de la langue.

5 h. 54' Cessation des tractions inefficaces. L'animal est mort.

Les tractions rythmées ont été continuées sans effet pendant 50 minutes.

5 h. 55' *Nécropsie :* On ouvre le thorax. Les poumons restent dilatés ; ils sont remplis de liquide. Le cœur est complètement immobile (oreillettes et ventricules). Pas de rigidité. Le sang n'est pas coagulé.

Exp. XXIII — Chien de 14 kilog.

Asphyxie par chloroformisation. Tractions rythmées de la langue inutiles. L'animal meurt.

20 *juillet* 1900. — 10 h. 25' On chloroformise l'animal et on prend le tracé de la pression quand la chloroformisation est déjà profonde.

10 h. 27' Le cœur s'arrête, l'animal est complètement insensible.

10 h. 28' Commencement des tractions rythmées de la langue, prolongées pendant une heure.

11 h. 28' Cessation des tractions qui sont inutiles. L'animal est mort malgré les tractions faites pendant une heure.

11 h. 30' *Nécropsie :* On ouvre le thorax ; le cœur est absolument immobile. Le ventricule gauche est rigide, contenant un peu de sang liquide rutilant. Le ventricule droit est plein de sang liquide ; quelques petits caillots dans l'oreillette droite.

Exp. XXIV. — Chien de 4200 gr., ayant encore des dents de lait.

Asphyxie par suffocation. On ferme la trachée par une pince hémostatique. Tractions rythmées de la langue inutiles. L'animal meurt.

23 *juillet* 1900. — 3 h. 27' 30" On ferme la trachée, en la comprimant avec des pinces hémostatiques.

3 h. 28' 10" Une crise de convulsions qui dure 1' 50".

3 h. 30' La respiration cesse ; les réflexes cornéens existent encore ; la pression baisse, le cœur devient lent.

3 h. 31' Le chien respire de nouveau deux ou trois fois.

3 h. 31' 26" Dernier mouvement respiratoire, il n'y a plus de réflexes cornéens.

3 h. 32' Commencement des tractions rythmées de la langue ; la pression est basse, les pulsations arythmiques. On enlève les pinces de la trachée.

3 h. 32' 18" La pression est tombée à l'abscisse. Absence complète d'oscillations. On fait 58 tractions à la minute.

4 h. 32' On arrête les tractions, qui ont été prolongées pendant environ une heure. L'animal meurt malgré les tractions.

Digitized by Google

4 h. 32' *Nécropsie :* On ouvre le thorax. Ventricule gauche rigide, mais pas très énergiquement ; le sang y est coagulé. Dans le cœur droit le sang est liquide.

Exp. XXV — Chien de 8500 gr.

Asphyxie par l'électrisation du cœur. Tractions rythmées de la langue inutiles faites après trémulations fibrillaires du cœur. L'animal meurt.

20 *juillet* 1900. — 4 h. 28' 30" Paralysie du cœur par le courant induit (une épingle enfoncée jusqu'au cœur à travers le thorax ; l'autre sous la peau de l'abdomen). La pression crurale tombe, mais pendant une minute il y a des oscillations notables de la pression dues aux mouvements respiratoires qui font l'effet de masser le cœur.

4 h. 29' 30" Les mouvements respiratoires cessent. Une crise de convulsions toniques.

4 h. 30' Commencement des tractions rythmées de la langue qui durent une heure.

5 h. 30' Cessation des tractions qui sont inutiles. L'animal est mort.

5 h. 35' *Nécropsie :* On ouvre le thorax. Cœur complètement immobile. Ventricule gauche bien rigide (les mâchoires ne sont pas rigides). Le ventricule et l'oreillette droites contiennent des caillots. Dans le cœur gauche, sang rutilant bien liquide.

On voit que dans aucune de ces expériences on a réussi à ranimer les chiens malgré les tractions rythmées de la langue faites même pendant une heure.

Dans plusieurs de ces expériences on a pratiqué immédiatement la nécropsie et on a constaté que le cœur était déjà en rigidité cadavérique.

2° *Expériences personnelles.*

Exp. XXVI — Chien de 14600 gr. (Fig. 8 ci contre.)

Ethérisation avant l'asphyxie qui est faite par un tube fixé dans la trachée. Enlèvement de la pince après la treizième respiration finale. Rétablissement de la pression et réviviscence du chien sans tractions rythmées de la langue.

27 *juin* 1906. — 4 h. 7' Une canule de métal terminée par un tube de caoutchouc est placée dans la trachée, le tube est pincé avec une pince hémostatique. La pression carotidienne descend peu à peu avec ralentissement des oscillations (pouls). La respiration est plus profonde et accélérée, mais il ne se produit pas de convulsions. Cette période dure 2' 54".

4 h. 9' 54" La pression carotidienne descend et la respiration cesse. C'est la pause respiratoire qui dure 18"

4 h. 10' 12" Commencement des respirations finales. La pression descend encore avec ralentissement du pouls.

Digitized by Google

4 h. 10' 58" Enlèvement de la pince après la treizième respiration finale. Après 4 secondes l'animal fait une respiration.

4 h. 11' 12" La pression monte comme par un bond.

4 h. 11' 26" La respiration se rétablit. Les mouvements respiratoires sont d'abord irréguliers et superficiels puis deviennent réguliers et profonds.

L'animal revient spontanément à la vie, sans que l'on ait fait de tractions rythmées de la langue.

Dans l'expérience suivante faite sur le même chien après un repos de 20 minutes, on reproduit l'asphyxie en sectionnant préalablement les nerfs vagues et en enlevant la pince après la douzième respiration terminale.

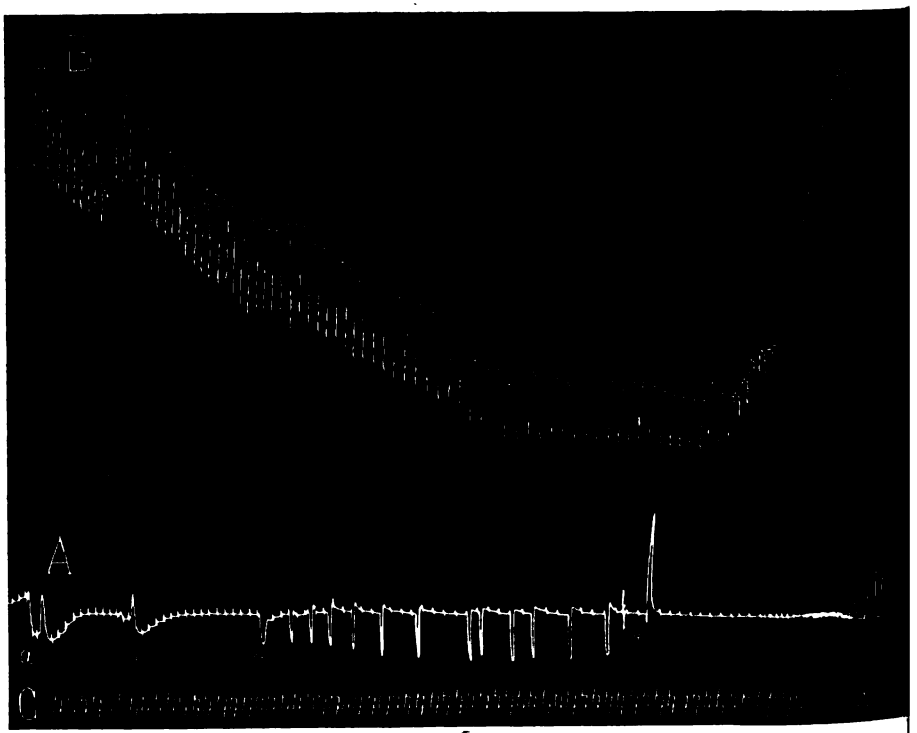


FIG. 8. — *Chien asphyxié par fermeture de la trachée. Rétablissement spontané par enlèvement de la pince oblitérant la canule trachéale. fait après la 13me respiration finale.* Le graphique est pris 2' 27" après la fermeture de la trachée. — *a, b.* Fin des convulsions respiratoires. — *b, c.* Pause. — *c, d.* Respirations finales. Les pulsations cardiaques sont marquées sur le tracé de la respiration. — *d.* — Ouverture de la trachée. — *e, f.* Respirations normale après rétablissement.

Digitized by Google

L'animal meurt après avoir fait quatre inspirations depuis l'enlèvement de la pince.

La pression était tombée à zéro.

Exp. XXVII — Chien, le même que dans l'expérience précédente.

Ethérisation avant l'asphyxie. Section des deux nerfs vagues. Asphyxie faite comme dans l'expérience XXVI. Enlèvement de la pince après la douzième respiration finale. Mort du chien.

27 *juin* 1906. — 4 h. 40' Un nerf vague est coupé.

4 h. 50' Le tube trachéal est pincé. La pression reste au même niveau mais le pouls est très accéléré. La respiration est ralentie.

4 h. 50' 52" Section du second vague. Le pouls s'accélère davantage et la pression descend très bas et brusquement, la respiration est très irrégulière et accélérée.

4 h. 51' 46" La pression descend encore, la respiration cesse. C'est la pause qui dure 10".

4 h. 52' 6" Commencement des respirations finales, la pression descend encore davantage.

4 h. 53' 8" Enlèvement de la pince. La pression descend encore. Il se fait encore quatre respirations finales.

4 h. 54' 8" La respiration cesse définitivement et la pression est descendue à zéro.

L'animal est mort.

Enfin la dernière expérience sur le chien va nous démontrer que les tractions rythmées ne réussissent pas à ranimer ces animaux, même quand la pression artérielle existe encore, mais est déjà basse.

Exp. XXVIII. — Chienne de 4 kilogr.

23 *juin* 1906. — *Asphyxie par pincement du tube placé dans la trachée. Enlèvement de la pince après la cinquième respiration finale. Mort de l'animal malgré les tractions rythmées faites une minute après la dernière respiration finale.*

5 h. 5' Une canule terminée par un tube de caoutchouc est placée dans la trachée; l'asphyxie est faite par une pince appliquée sur ce tube de caoutchouc, la pression monte modérement avec grande amplitude des oscillations et ralentissement du pouls. Le tracé respiratoire signale une forte dyspnée. Cette période d'excitation dure 4' 24".

5 h. 9' 24" La pression carotidienne descend. La respiration cesse. C'est la pause qui dure 22".

5 h. 9' 46" Commencement des respirations finales. La pression carotidienne tombe peu à peu.

5 h. 10' 44" Enlèvement de la pince. L'animal fait encore huit respirations finales. La pression descend encore davantage.

Digitized by Google

5 h. 12' 8" La respiration cesse. La pression descend encore.

5 h. 14' 32" Les tractions rythmées de la langue ne modifient ni le tracé respiratoire, ni le tracé de la pression. L'animal meurt, malgré les tractions rythmées de la langue.

L'ouverture immédiate du thorax démontre que le cœur est atteint de trémulations fibrillaires.

Analyse de nos expériences et des résultats obtenus.

Rappelons d'abord que dans toutes nos expériences l'asphyxie a été toujours produite par une oblitération brusque de la trachée. Les tracés de la respiration étaient obtenus au moyen d'un double tambour de Marey et chez les gros animaux la pression carotidienne était enregistrée par le manomètre à mercure.

Ayant pour but d'examiner la valeur que pouvaient avoir les tractions rythmées de la langue dans le phénomène de l'asphyxie, nous avons étudié d'abord en détail les diverses phases de celle-ci, en ayant soin d'employer la méthode graphique dans toutes nos expériences ; nous avons donné un certain nombre de ces tracés comme types. Nous avons alors cherché si les diverses phases du phénomène subissaient quelque modifiction par l'application des tractions rythmées de la langue aux diverses phases de l'asphyxie.

Nos premières expériences ont été faites chez le *cobaye* chez lequel vu sa petite taille la pression artérielle n'a pu être enregistrée. Les tracés de la respiration obtenus chez lui sont très démonstratifs.

On voit très nettement (fig. 1, 2, 3) une phase de convulsions durant environ deux minutes, pendant laquelle les oscillations du levier sont excessives. Vient ensuite la pose plus ou moins longue pouvant se prolonger depuis quelques secondes à près d'une minute.

A la pause succèdent 13 à 15 respirations finales, d'abord espacées de 15" à 16", puis se rapprochant de plus en plus et s'atténuant progressivement pour s'arrêter complètement à la mort de l'animal. Celui-ci peut revenir à la vie, si on enlève la pince comprimant sa trachée, dans une période pas trop tardive de l'asphyxie, sans avoir recours à des tractions rythmées de la langue.

Nous avons pu déterminer que le cobaye revient de l'asphyxie,

Digitized by Google

lorsque la pince asphyxique a été enlevée au commencement de la pose (Exp. IV), au milieu de la pose (Exp. V), après la première respiration finale (Exp. VI), après la quatrième respiration finale (Exp. VII, fig. 2). Quelquefois enfin il revient quand on enlève la pince après la cinquième respiration finale, mais ce résultat est exceptionnel.

Quand au contraire on attend le stade correspondant à la sixième respiration finale, l'animal meurt et ne revient pas à la vie, que l'on fasse ou nom des tractions rythmées de la langue (Exp. VIII, fig. 3). On peut voir d'autre part que les tractions rythmées de la langue faites sur les cobayes chez lesquels on n'enlevait pas la pince qui les asphyxiait, n'ont point modifié le tracé normal de l'asphyxie (Exp. I et II) et ne prolongent pas la vie du cœur.

Enfin si on enlève la pince après la terminaison des respirations finales, les tractions de la langue restent sans effet (Exp. III).

Les expériences faites sur des *lapins*, des *chats*, des *chiens* permettent, en enregistrant la pression carotidienne, de se rnedre compte de l'influence des divers stades de l'asphyxie sur la vie du cœur.

Nos tracés, dont nous avons publié quelques-uns, et nos résultats sont absolument conformes à ceux qu'ont obtenus Mosso, Landergren, Richet et la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question.

On peut suivre sur le tracé (fig. 4) les phases terminales de l'asphyxie chez le *lapin* (Exp. IX).

Après la phase d'excitation de Sigmund Mayer, caractérisée par une élévation de la pression et des respirations convulsives, arrive la pause qui dure dans cette expérience 10 secondes et qui est suivie de 15 respirations finales. Au moment de la pause le pouls se ralentit, la pression artérielle tombe, puis se relève de nouveau (rarement cependant d'une façon ainsi intense que dans la fig. 4), pour chûter progressivement en subissant souvent pendant la descente de petites élévations correspondant à chaque respiration finale (fig. 4); puis à la fin des respirations finales on voit le tracé carotidien s'abaisser rapidement et les oscillations du pouls devenir nulles.

La pince est alors enlevée (t), des tractions de la langue ont été vainement exécutées, le lapin était mort.

Quand, sans faire de tractions rythmées de la langue, on

Digitized by Google

enlève la pince asphyxiante pendant la première partie de la période terminale de l'asphyxie, l'animal revient spontanément à lui, la respiration se rétablit en même temps que la pression se relève et revient à la normale (Exp. XIII, fig. 5).

Les expériences X, XI, XII, XIII montrent que le rétablissement spontané du lapin peut être obtenu si on enlève la pince, pendant la pause (X), après la cinquième (XI), la sixième (XII), la septième (XIII) respirations finales, sans qu'il soit fait de tractions rythmées de la langue.

Si au contraire la pince est enlevée après la huitième ou la neuvième respirations finales ou plus tard, l'animal ne se rétapas, que l'on ait fait ou non des tractions rythmées de la langue (Exp. IX, XIV).

Chez le *chat* nos résultats ont été identiques. Pendant la période d'excitation la pression subit une forte élévation, tandis que la respiration devient dyspnéique et habituellement convulsive, les convulsions étant habituelles chez les chats comme chez les lapins et les cobayes, puis vient la pause moins prolongée et suivie des respirations finales qui se succèdent, tandis que la pression baisse peu à peu avec petites élévations successives correspondant à chaque respiration finale. Si on enlève la pince qui comprime la trachée le chat peut se rétablir, lorsque la pince est enlevée après la première respiration finale (Exp. XVII), après la sixième respiration finale (Exp. XVIII).

Chez un autre chat (Exp. XIX, fig. 6), la pince a été enlevée après la cinquième respiration finale, la pression a continué à baisser, la respiration ne s'est pas rétablie malgré les tractions rythmées de la langue exécutées à ce moment.

Si on pratique les tractions rythmées de la langue sans enlever la cause de l'asphyxie, on ne modifie pas le tracé circulatoire, comme on peut le voir dans le tracé (Exp. XX, fig. 7) dans lequel les respirations finales sont malheureusement peu marquées vu un déplacement du pneumographe.

Les expériences que nous avons faites chez le *chien* confirment les précédentes.

Chez le chien la période d'excitation est moins violente que chez les animaux précédents, parce que les convulsions manquent, comme on le sait, la plupart du temps. On observe également aussi l'élévation de la pression avec phase respiratoire dyspnéique, puis arrive la pause, généralement plus courte et moins nette que chez les animaux précédents, à

Digitized by Google

laquelle succèdent les respirations finales. Pendant ce temps la pression baisse avec ralentissement du pouls (fig. 8).

L'expérience XXVI est relative à un chien qui a pu revenir à la vie quand on enleva la pince oblitérant sa trachée, après la treizième respiration finale. Immédiatement la pression s'élève et la respiration reprend peu à peu son rythme normal, sans que l'on ait eu recours aux tractions rythmées de la langue.

Dans l'expérience XXVIII au contraire la pince a été enlevée dès la cinquième respiration finale, des tractions rythmées de la langue furent faites inutilement, l'animal mourut avec abaissement rapide de la pression.

Ainsi donc, qu'il s'agisse de cobayes, de lapins, de chats ou de chiens, le résultat a toujours été le même.

Les animaux peuvent se remettre quand on supprime la cause de l'asphyxie en intervenant à temps sans recourir à des tractions rythmées de la langue. Le moment ultime pour enlever l'obstacle trachéal peut être plus ou moins tardif selon les animaux et semble être en relation surtout avec l'abaissement de la pression; quand celle-ci est tombée à un degré trop inférieur l'animal meurt. D'autre part les tractions rythmées de la langue faites à ce stade terminal ont été sans action et elles n'ont point modifié les tracés quand on laisse la trachée fermée.

Ces résultats confirment tout à fait les recherches inédites de MM. Prevost et Battelli qui, chez cinq chiens asphyxiés de diverses manières, ont eu recours sans aucun résultat aux tractions rythmées faites à la période terminale de l'asphyxie. (Chiens, Exp. XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV.)

Comme nous l'avons déjà dit, Philips signale dans son mémoire un arrêt du cœur et de la respiration pendant la période terminale de l'asphyxie; autant qu'on peut en juger par les tracés qu'il a publiés, il s'agit de la pause respiratoire. Or à ce moment tous les auteurs (Mosso, Landergren, Richet, etc.) signalent un ralentissement du pouls et une chûte de la pression, ce qui est conforme à ce que montrent nos tracés, mais jamais un arrêt prolongé du cœur. Nous ne saisissons pas la cause de ces résultats de Philips, à moins qu'ils ne soient dûs à la narcose profonde à laquelle il soumettait ses animaux.

Quoi qu'il en soit, c'est à ce moment, c'est-à-dire au début de la pause respiratoire, comme on le voit bien dans ses tracés,

Digitized by Google

que Philips pratique les tractions de la langue, en enlevant habituellement l'obstacle de la trachée. Il se produit des mouvements respiratoires, lents d'abord (*respirations terminales*), la respiration se ralentit, la pression se relève.

Quand on laisse la trachée fermée les tractions produisent aussi ces mouvements respiratoires (*respirations terminales*). Nous avons tout lieu de croire que c'est en considérant ces respirations finales comme un phénomène réflexe dû aux tractions de la langue que Philips est arrivé à ses conclusions. Si sans opérer des tractions de la langue il s'était contenté d'enlever l'obstacle trachéal, nous estimons que le résultat eut été le même en se fondant sur nos expériences.

D'après ce qu'il résulte du mémoire de Philips, on voit que cet auteur a considéré l'établissement de la pause, à laquelle il ne fait d'ailleurs aucune allusion, comme l'arrêt définitif de la respiration et de la circulation, ce qui, d'après ce que nous venons de dire, est une erreur. Philips du reste ne parle jamais d'expériences témoins.

Nous sommes convaincus que s'il les eût faites, il serait arrivé aux mêmes résultats que nous.

Philips a signalé d'autre part, une modification des résultats, soi-disant bienfaisants, des tractions quand on sectionnait les nerfs vagues. Rappelons à cet égard les observations de Richet qui montrent que après la section du pneumogastrique les animaux asphyxiés sont beaucoup plus difficilement rappelés à la vie ; aussi cet auteur fait-il de cette action du pneumogastrique un moyen de défense de l'organisme.

En sectionnant les nerfs vagues chez des lapins et des chiens nous avons eu des résultats variables :

Un chien dont les vagues avaient été coupés est mort quand on enleva la pince après la douzième respiration terminale.

Chez les lapins dont les vagues étaient coupés, celui de l'expérience XV dont la trachée fut libérée au commencement des respirations finales, se remit de suite. Celui de l'expérience XVI mourut après l'enlèvement de la pince fait après la huitième respiration finale, ce qui d'ailleurs est le cas habituel chez le lapin.

Nous n'avons pas poursuivi nos recherches sur ce point spécial.

Digitized by Google

Résultats pratiques.

On voit donc par les résultats de ces expériences que les tractions rythmées de la langue ne produisent aucune modification dans les tracés de l'asphyxie et ne s'opposent nullement à sa terminaison fatale. On sait cependant combien, à la suite des travaux de Laborde, la méthode des tractions rythmées de la langue s'est rapidement vulgarisée. Il n'est pas d'accidents de noyade, de pendaison, d'asphyxie quelconque dans lesquels soit les médecins, soit le public ne pensent qu'ils ont tout fait lorsqu'ils ont pratiqué les tractions rythmées de la langue. On perd ainsi inutilement un temps précieux qui pourrait être mieux employé en pratiquant la respiration artificielle et en ayant recours à d'autres moyens, capables surtout de ranimer le cœur, dût-on même recourir au massage du cœur avec respiration artificielle dans certains cas désespérés.

La simple traction de la langue est souvent efficace en dégageant la glotte oblitérée par la base de la langue, comme le savent tous les chirurgiens. Mais sa simple traction en dehors de la bouche, en même temps que l'on imprime des mouvements au thorax, suffit dans ce cas et il ne faut point compter sur l'existence d'une soi-disante excitation réflexe des centres respiratoires, comme le voulait Laborde.

Notre opinion sur l'inefficacité des tractions de la langue est partagée d'ailleurs par plusieurs autorités. Richet, insistant comme Mosso sur la perte des réflexes à la dernière période de l'asphyxie, dit que les tractions rythmées ne peuvent donner lieu à ce moment à aucun mouvement réflexe ; selon lui elles agiraient tout au plus comme un procédé de respiration artificielle [1].

Dans une discussion qui eut lieu à la *Société de chirurgie de Paris* (séance du 26 févr. 1902), à propos des accidents mortels de la chloroformisation, Michaux s'étonnant que dans la discussion on n'ait pas parlé de la méthode des tractions rythmées de la langue qui lui aurait donné de bons résultats, Poirier lui répond qu'ayant employé autrefois ce procédé il n'a point eu à s'en louer et en est revenu à la pratique de la respiration artificielle et Schwartz partage cette manière de voir.

[1] *Dict. de Physiologie.* Art. Asphyxie Vol. I, p. 761.

Digitized by Google

Conclusions

Les tractions rythmées de la langue proposées par Laborde, comme capables de parer aux accidents de l'asphyxie, ont été sans influence dans les expériences d'asphyxie brusque par pincement de la trachée que nous avons faites sur des *cobayes*, des *lapins*, des *chats*, des *chiens* et dont découlent les conclusions suivantes :

1° La période ultime de l'asphyxie est caractérisée, comme on le sait, par la *pause respiratoire* avec chûte de la pression artérielle et ralentissement du pouls. Après un certain nombre de *respirations finales*, l'arrêt de la respiration est définitif, la pression tombe à zéro avec arrêt des oscillations du pouls.

2° Si on enlève l'obstacle trachéal avant la chûte complète de la pression, c'est-à-dire au moment de la pause ou après un certain nombre de respirations finales, variable selon les animaux, l'animal revient spontanément à la vie, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours aux tractions rythmées de la langue.

3° Les tractions rythmées de la langue sont, au contraire, absolument inefficaces si elles sont faites après la période où l'animal revient spontanément à la vie par simple ablation de l'abstacle trachéal.

4° Les tractions rythmées de la langue n'amènent aucune modification appréciable dans les tracés de la respiration et de la circulation, qu'elles soient faites la trachée ouverte ou la trachée restée fermée par l'obstacle avec lequel on produit l'asphyxie.

5° C'est selon nous pour avoir considéré la pause comme le signe de la fin de l'asphyxie et de la mort, que l'on a pu croire à l'efficacité des tractions rythmées de la langue sur le rétablissement de la respiration et de la circulation.

6° Si la traction simple, non rythmée, de la langue hors de la bouche est fort utile pour combattre l'asphyxie, c'est parce qu'elle dégage la glotte oblitérée par la base de la langue et rend efficaces les pressions du thorax, comme moyen de respiration artificielle. Il ne faut point compter sur une soi-disante excitation réflexe.

Digitized by Google

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU CANTON DE FRIBOURG

Séance du 9 avril 1906, à Romont

23 membres présents.

M. Favre lit quatre observations de *rhumatisme tuberculeux.*

M. Treyer a observé un cas de rhumatisme de l'articulation tibio-tarsienne qui a été suivi, dans un temps très rapproché, par une tuberculose pulmonaire.

M. Pégaitaz fait remarquer qu'il a traité avec succès plusieurs cas de douleurs rhumatismales par le thiocol.

M. Clément présente un jeune homme guéri d'une *plaie de la main.* Celle-ci avait été prise, par une scie circulaire, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Les surfaces articulaires avaient été atteintes et la main ne tenait que par un lambeau palmaire. M. Clément tenta la conservation. Actuellement, le jeune homme possède toute sa main et les articulations fonctionnent très bien.

M. Weck parle en faveur de la fondation d'un *Sanatorium populaire cantonal* pour tuberculeux. Une longue discussion s'engage à ce sujet, à laquelle prennent part MM. Pégaitaz, Weissenbach, Dupraz, Clément et Treyer. A l'unanimité, l'assemblée se déclare favorable au projet de création d'un Sanatorium fribourgeois.

Le secrétaire : Dr Jambé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 6 juin 1906

Présidence de M. Maillart, vice-président.

35 membres présents.

M. Kummer présente un *kyste hydatique de la rate* qu'il a extirpé chez un homme de 35 ans. Ce malade était porteur d'une énorme poche grossissant depuis plusieurs années. Une ponction exploratrice avait montré les crochets caractéristiques. Après laparotomie et excision du kyste, on se borna à établir le drainage de la cavité. Pour pouvoir faire le capitonnage, il faut être sûr que les parois à rapprocher sont aseptiques.

A une question de M. Eug. Patry, M. Kummer répond que ce malade avait été atteint d'un kyste hépatique, lequel avait crevé, ensemençant l'épiploon et la rate.

M. Kummer lit ensuite un travail sur l'*origine des kystes des os longs* (sera publié).

Digitized by Google

MM. Colomb et Doret parlent d'un cas de *luxation de la glande lacrymale* (voir p. 331).

M. Huebschmann, assistant à l'Institut pathologique, montre des coupes d'organes d'un enfant nouveau-né, *hérédo-syphilitique*, contenant beaucoup de *spirochætes de Schaudinn*. Les organes les plus atteints par la maladie sont ceux qui contiennent le plus de ces micro-organismes.

M. Oltramare parle, à ce propos, de l'inconstance de la présence du spirochæte dans les lésions primitives et secondaires. Sur 72 examens cliniques, 20 seulement ont été positifs. Cela provient, en partie, de ce que, pour trouver ces micro-organismes, il faut chercher profondément dans les gaines des vaisseaux et dans les lymphatiques ; superficiellement, il n'y en a souvent point ; de là, résulte que le chancre syphilitique est moins fatalement infectant que le chancre mou à la surface duquel pullulent les micro-organismes spécifiques.

M. Lardy reste fidèle au bacille de Lustgarten comme agent spécifique de la syphilis. Ce bacille se rapproche beaucoup de ceux de la lèpre et de la tuberculose. Or, ces trois maladies ont des liens de parenté évidents ; la lèpre, très chronique, a un bacille très facile à déceler ; la tuberculose, moins chronique, a un bacille moins facile aussi à rencontrer et à colorer ; la syphilis, enfin, à marche plus aiguë, a un bacille très difficile à voir.

M. Askanazy a cherché et trouvé le bacille de Lustgarten, mais il est toujours très rare et ressemble absolument à un bacille du smegma, en sorte qu'il n'y a pas de raisons de croire à sa spécificité.

Le vice-secrétaire : Dr M. Roch.

BIBLIOGRAPHIE

P.-F. Beau. — Contribution à l'étude de la pression artérielle chez la femme à la fin de la grossesse, pendant l'accouchement et les suites de couches ; broch. in-8° de 82 p. avec tracés ; *Thèse de Genève*, 1906.

L'auteur de cet intéressant travail, assistant interne à la Maternité de Genève, après avoir exposé quelques considérations sur la mensuration de la pression sanguine ainsi que sur la pression artérielle en général et chez la femme en particulier, rapporte les recherches qu'il a faites sur cette pression étudiée avant, pendant et après l'accouchement ; il s'est servi pour cela, le plus souvent, du procédé de Riva-Rocci dont il décrit la technique. Il résume les résultats auxquels il est arrivé dans les conclusions suivantes :

« La pression sanguine n'est pas modifiée à la fin de la grossesse en dehors des cas d'albuminurie. Cependant, les très jeunes femmes encein-

Digitized by Google

tes et les prédisposées à la tuberculose présentent une moyenne de pression inférieure à la moyenne de leur âge. Les vieilles primigestes ont, en général, une pression supérieure à la moyenne de leur âge.

Chez la femme enceinte en santé, la pression artérielle varie de 110 à 160mm de mercure.

L'accouchement a sur la pression une influence directe. L'hypertension qu'on remarque à cette occasion est progressive depuis le commencement du travail jusqu'à l'expulsion de la tête de l'enfant où elle atteint son maximum. La pression suit, dans ses variations, les alternatives de contraction et de relâchement du muscle utérin.

Après l'expulsion du fœtus, il se produit une hypotension passagère. Puis, la pression remonte lentement jusqu'au moment du décollement du placenta, où l'on observe une hypertension relative qui n'arrive jamais aux maximums de pression observés pendant les deux premières périodes de l'accouchement. Cette hypertension de la délivrance est suivie d'une chute de la pression qui la ramène à un minimum inférieur à celui qu'on observe après l'expulsion de l'enfant.

En comparant les chiffres de la pression artérielle des trois premiers jours des suites de couches avec le chiffre moyen à la fin de la grossesse, on observe que : 1° dans le 50 % des cas il y a une légère hypertension en faveur de la pression post partum ; 2° les deux chiffres de la pression avant et après l'accouchement sont sensiblement égaux dans 40 % des cas ; 3° la pression post partum est rarement abaissée après l'accouchement. Ce fait indique, en général, des complications de la grossesse ou de l'accouchement. Du troisième au quatrième jour, la courbe subit une élévation passagère en rapport avec la montée du lait. Vers le cinquième au septième jour, la pression est revenue, dans la plupart des cas, à la valeur qu'elle avait avant l'accouchement. Depuis ce moment, la courbe ne présente que les oscillations physiologiques qu'on rencontre chez n'importe quel individu, sauf le neuvième jour où souvent la pression baisse légèrement par le fait que l'accouchée quitte son lit.

Les hémorragies n'ont, sur la courbe, qu'une influence momentanée à moins que la perte du sang ne soit très abondante.

Les crises d'éclampsie sont précédées d'une hypertension intense. »

Ajoutons que l'ascension graduelle et persistante de la pression artérielle pendant les derniers temps de la grossesse est un signe qui peut faire soupçonner une néphrite et redouter l'apparition de l'éclampsie. Dans un cas mentionné par M. Baud, la pression commença à s'élever une dizaine de jours avant l'apparition de l'albumine dans l'urine.

O. Beuttner. — Gynecologia helvetica, Sechster Jahrgang ; un vol. in 8° de 352 p. avec 58 fig. et les portraits hors texte des prof. Gusserow et Breisky. Genève 1906, H. Kündig.

La *Gynecologia helvetica* pour 1905 qui vient de paraître, reproduit d'abord en français les comptes-rendus officiels de la *Société d'obstétrique*

Digitized by Google

et de gynécologie de la Suisse romande; le reste de l'ouvrage, écrit en allemand, donne les mêmes renseignements que les années précédentes. Il se termine par deux notices biographiques sur les regrettés professeurs Gusserow et Breisky et par un article sur le nouveau forceps du Dr Th. Hermann, de Berne. Le nombre considérable des publications analysées dans ce recueil, si bien rédigé par M. Beuttner, prouve que l'étude de la gynécologie continue à être en grand honneur dans nos facultés et dans notre corps médical suisse. C. P.

R. Masselon. — La mélancolie; étude médicale et psychologique; un vol. in-16 de 284 p., (*Collection médicale*). Paris 1906, F. Alcan.

Cet ouvrage, qui a été couronné par l'Académie de médecine de Paris, a pour but l'étude analytique du syndrôme mélancolique. Après avoir esquissé l'histoire des principales conceptions qui ont conduit à nos notions actuelles, et indiqué les formes cliniques sous lesquelles se présentent les mélancoliques, l'auteur, médecin adjoint à l'asile de Clermont de l'Oise, fait l'étude analytique des troubles mentaux que présentent habituellement ces malades. De quels éléments psychiques sont constituées la dépression et la douleur morale? comment ces deux symptômes sont-ils reliés entre eux? comment s'influencent-ils l'un l'autre? telles sont les questions que pose M. Masselon et qu'il efforce de résoudre. Enfin, comme le délire des mélancoliques présente des caractères nets, fixes, bien tranchés, il montre comment il dérive directement du fonds mental sur lequel il se développe. Il aborde ensuite l'étude différentielle des états mélancoliques dans les diverses affections mentales et insiste plus particulièrement sur les cas de mélancolie dite essentielle qu'il appelle *mélancolie affective*. Cette question lui paraît du reste encore obscure et l'étude des faits le porte à admettre qu'il n'existe pas une mélancolie, qu'il n'existe que des états mélancoliques. La mélancolie n'est pas une entité morbide, elle est un état psychologique que l'on observe dans des formes nosographiques très diverses.

Vires. — L'hérédité de la tuberculose; un vol. pt in-8° de 164 p. (*Encyclopédie scientifique des Aide-mémoire*). Paris, Masson et Cie.

La lutte contre la tuberculose s'organise dans tous les pays et dans tous les milieux. Les uns la soutiennent au nom de la contagion; ils sont les plus nombreux et s'étayent sur les résultats de la science officielle. Les autres la placent sur le terrain de l'hérédité; ils sont une minorité sans appui. Il importait donc de préciser la question et de n'y faire entrer que les faits positifs, contrôlés par l'expérimentation. Or, à la lumière de ces faits, étudiés par la méthode scientifique, l'auteur, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, estime que l'hérédité de la tuberculose ne disparaît pas, absorbée par la contagion bacillaire.

Il délimite d'abord son sujet et indique nettement ce qu'il convient d'admettre sous le nom de maladie héréditaire infectieuse en général, de bacillose héréditaire en particulier. Ceci posé, l'hérédité, c'est-à-dire la

Digitized by Google

transmission des ascendants aux descendants du bacille de Koch ou de ses produits solubles, peut se ranger dans l'étude des quatre modalités suivantes :

1° *Le père tuberculeux* transmet au descendant le bacille de Koch. Comment le transmet-il ? Par le spermatozoïde ? D'où vient ce bacille ? Vient-il des organes génitaux bacilisés ou d'un lieu quelconque de l'organisme infecté ? Quelles en sont les preuves, preuves cliniques, preuves expérimentales, corrobées par l'anatomie pathologique, le laboratoire, l'anatomie et la pathologie comparées ?

2° *La mère tuberculeuse* transmet au produit de la conception le bacille de Koch. Il y a lieu d'étudier les voies qui permettent cette transmission. Entre elles la voie placentaire, la plus fréquente, nécessite une très longue étude. Tous les arguments pour et contre l'existence de l'hérédité maternelle sont passés en revue, discutés et critiqués. La conclusion est que l'hérédité maternelle existe. Alors, se posent les questions de savoir comment elle se réalise. Sous quelles conditions, conditions étudiées chez la mère, étudiées chez le produit de la conception ? Ici, encore, clinique, laboratoire, art vétérinaire, expérimentation, anatomie comparée apportent des documents précis.

3° Le père et la mère tuberculeux sont porteurs de bacilles de Koch et aussi des produits solubles sécrétés par ceux-ci. Or, ces toxines sont de deux ordres : les une sont spécifiques, ce sont les *tuberculines*, les autres sont indifférentes. La transmission du géniteur à l'engendré des produits solubles spécifiques, c'est l'*hérédité spécifique*. On en connait aujourd'hui les caractères, les modalités anatomo-cliniques et, par la méthode expérimentale, des précisions nouvelles surgissent tous les jours.

4° Il s'agirait d'*hérédité atypique, indifférente* quand les descendants ne recevront des ascendants que l'imprégnation par des produits solubles indifférents. Mieux connue en clinique, analogue à l'hérédité banale infectieuse ou toxique, cette modalité commence à peine à être étudiée au point de vue biologique.

Cette étude de l'hérédité de la tuberculose est un travail d'ensemble bien documenté qui sera lu, avec profit et intérêt.

VARIÉTÉS

Compte rendu sur la jurisprudence et la littérature médicale spéciales aux accidents du travail.

DIAGNOSTIC DE LA HERNIE ACCIDENT. — LA VICTIME D'UNE HERNIE-ACCIDENT PEUT-ELLE REFUSER, SANS CONSÉQUENCES PRÉJUDICIABLES POUR ELLE, DE SE SOUMETTRE A L'OPÉRATION DE LA CURE RADICALE ?

S'il est une question qui a soulevé d'interminables discussions, c'est bien celle de la hernie-accident ; et parmi tous les points de détail aux-

Digitized by Google

quels, en l'espèce, l'application des lois sur les accidents du travail a donné de l'importance, il faut citer le *diagnostic différentiel* entre la hernie traumatique, dite « de force » et la hernie maladie.

Un ouvrier, simulateur ou de bonne foi, se présente à l'assurance avec une hernie; il prétend qu'elle a été la conséquence d'un accident du travail, dont il décrit les péripéties et que nous supposerons reconnu et admis par les intéressés; un médecin expert est commis pour examiner la victime. La première question qu'il aura à résoudre est celle-ci : la hernie est-elle *ancienne* ou *récente ?*

Dans certains cas, en face d'une lésion ancienne, l'opinion du médecin sera vite établie : grandes dimensions de la hernie, largeur des anneaux, faiblesse des piliers et de la paroi, adhérence entre le sac et son contenu, ectopie testiculaire, présence simultanée d'autres hernies, forme en besace ou trilobée du ventre, etc., voici autant de symptômes qui, presque à coup sûr, parleront pour l'ancienneté de la lésion, surtout si l'on songe au grand nombre d'individus qui sont porteurs inconscients d'un « effort » et au nombre plus grand encore des prédisposés.

Mais il en sera tout autrement si l'on a affaire à une hernie récente, ou si la lésion ne présente pas les caractères que je viens d'énumérer.

Tous les chirurgiens sont d'accord pour dire *qu'il n'existe actuellement aucun symptome probant, certain, pouvant nous révéler — par l'examen extérieur — qu'une hernie est récente et qu'elle s'est développée à la suite et comme conséquence d'un accident.*

L'existence d'ecchymoses sur le scrotum et dans l'aine ne serait même pas suffisante pour démontrer l'origine traumatique de la hernie (Secrétan).

N'avons-nous rien à notre disposition pour trancher la question ? Sommes-nous donc réduits à l'impossibilité la plus absolue d'établir un diagnostic ferme quant à l'origine de l'affection ? Sommes-nous condamnés à rester dans le vague, ce vague si funeste au fonctionnement équitable de la loi ?

Nous avons un moyen, un seul, presque infaillible : l'*opération*, l'intervention sanglante.

Ah ! quelle tentation ! La preuve peut être faite, mais elle est d'ordre chirurgical, c'est-à-dire qu'elle comporte l'atteinte à l'intégrité corporelle de l'individu, garantie par la Constitution, et dont le prof. Girard a, en son temps, pu dire qu'elle n'était justifiée que grâce au consentement du malade lui-même, si ce dernier jouit de toutes ses capacités mentales.

Si l'ouvrier accepte de se soumettre à l'épreuve, tout va pour le mieux, dans le meilleur des mondes !

Mais s'il refuse ! Si, mû par un sentiment de crainte qui n'est que trop compréhensible et qui doit être respecté, ou redoutant de voir sa supercherie dévoilée, il déclare ne pas vouloir tenter l'expérience, que pouvons-nous faire ?

Avons-nous le droit de lui dire, avec Secrétan : « Nous vous refusons

Digitized by Google

l'indemnité que vous demandez, parce qu'en refusant de vous soumettre à l'opération, non seulement vous repoussez le moyen éprouvé de guérison que nous vous offrons, *mais vous vous soustrayez au seul moyen qui permette de faire la preuve du bien fondé de vos prétentions*. Le refus de l'opération est, en conséquence, *une faute de votre part* dont le tribunal devrait tenir compte ! »

Ou bien devons-nous penser, avec l'Office impérial allemand des assurances « qu'un expert qui proclame que telle opération est légère et sans danger et demande au blessé de la subir, exerce assurément une contrainte inadmissible. Il est, en effet, plus ou moins impossible à un expert consciencieux de déclarer telle ou telle opération absolument inoffensive, car le résultat de toute intervention opératoire et l'évolution de toute blessure sont soumis à des aléas que nul ne peut prévoir en toute certitude ».

Le sujet mérite une attention particulière.

Envisageons-le à deux points de vue distincts : le point de vue juridique et le point de vue médical. L'un et l'autre sont, du reste, en corrélation intime.

Point de vue juridique. — A tout seigneur, tout honneur, commençons par le Tribunal fédéral.

Trois arrêts, à ma connaissance, s'occupent de la question. Les deux premiers, en date du 16 janvier 1892 (affaire Lehmann contre Gothard), et du 18 avril 1895 (affaire Bargetzi contre Frei), ont trait à des ouvriers atteints de hernie ; le troisième a pour objet le cas d'un ouvrier dont l'index, broyé par une machine, s'était guéri de telle façon que la main presque entière ne pouvait être utilisée. De l'avis des experts, une opération, destinée à régulariser le moignon, aurait pallié dans une grande mesure à cet inconvénient.

Extrayons la substance de ces arrêts :

«... Quant à l'opération, laquelle n'est du reste pas absolument inoffensive, la souffrance qu'elle détermine ne peut — abstraction faite de tout danger — être imposée à la victime. Bien plus, celle-ci doit s'en remettre à son propre jugement, pour savoir si elle veut ou non subir une opération. » (Arrêt du 18 avril 1895.)

Et ailleurs : « En matière d'accident, lorsque, de l'avis des experts, une grande partie de la capacité de travail pourrait être recouvrée par une opération, la personne responsable, en payant les frais de l'opération et du traitement consécutif, se libère des conséquences provenant du défaut d'opération, s'il résulte des circonstances que le lésé aurait dû raisonnablement s'y soumettre et qu'il s'y serait soumis s'il n'avait pas eu de recours contre un tiers.

Une opération grave, dangereuse, douloureuse et ne devant donner qu'un résultat minime, ne peut être imposée au lésé. Par contre la possibilité d'une opération peut entrer en considération dans l'appréciation du dommage, lorsque, de l'avis des experts, on peut en attendre un ré-

Digitized by Google

sultat certain, sans danger spécial, ni douleur excessive. » (Arrêt du 16 avril 1902, affaire Billiger contre Gauger.)

Que ce soit dans un but de diagnostic ou de traitement, l'opération paraît donc ne pouvoir être imposée au malade ou entrer en considération dans l'appréciation du dommage, que si elle n'est *ni grave, ni dangereuse, ni douloureuse.*

Nous verrons dans la suite ce qu'il faut penser de ces qualificatifs au point de vue médical.

Mais avant d'aller plus loin, rappelons, à titre comparatif, la manière de voir des tribunaux des pays qui nous entourent, en particulier de la France et de l'Allemagne.

En France, deux jurisprudences sont en présence : La première, motivée par les arrêts de la cour de Besançon (27 novembre 1901), de la cour de Riom (12 décembre 1901), du tribunal de la Seine (4 mars 1901), etc., proclame que *dans aucun cas, une opération ne peut être imposée à la victime d'un accident du travail,* et que le refus du blessé ne peut entraîner une diminution de l'indemnité. La seconde, établie par les jugements de la cour d'Aix (21 décembre 1901), des tribunaux de Lyon (2 avril 1901) et de Dieppe (16 avril 1902), *opère une distinction entre les interventions chirurgicales ;* elle admet qu'un blessé peut se soustraire, sans préjudice, à une opération grave, mais qu'il ne saurait refuser, sans risquer de voir sont indemnité réduite en proportion, une opération *dite simple, sans danger.*

En Allemagne, Thoinot nous apprend que la victime d'un accident du travail *peut toujours refuser une opération,* sans risquer de voir son indemnité réduite en conséquence.

En y réfléchissant bien, en pesant le pour et le contre de chacune de ces assertions, on tend à écarter les solutions extrêmes et à se rallier aux opinions qui représentent un juste milieu. Pour ma part, n'étant point appelé à défendre, ici ou ailleurs, le point de vue des sociétés d'assurances qui voudraient — pour éviter des frais considérables sans doute, et dans le but, fort louable en soi, de pouvoir apprécier les lésions des assurés avec le plus d'exactitude et de justesse possibles, mais qui, pour arriver à ce but, semblent ne pas redouter, en l'espèce, d'exposer la vie de quelques ouvriers — qui voudraient, dis je, que l'opération fût rendue obligatoire, j'incline à croire, de plus en plus, que la manière de voir du Tribunal fédéral, qui vient d'être exposée plus haut, est la meilleure.

Sans doute, on ne saurait faire un grief à un ouvrier de ne pas vouloir risquer sa vie dans une opération à issue plus ou moins certaine, ou supporter une souffrance qu'on aurait pu lui éviter ; mais, d'autre part, il serait vraiment curieux de reconnaître à l'ouvrier le droit de se refuser à l'extraction d'une esquille osseuse, à la régularisation d'un moignon d'amputation, bref à toute opération vraiment simple, sans danger et non accompagnée d'une excessive douleur. On favoriserait, de la sorte, l'ex-

Digitized by Google

ploitation sans limite des bénéfices que confère la loi de 1881, exploitation qui, à l'heure qu'il est, n'est déjà que trop considérable.

La jurisprudence du Tribunal fédéral m'apparaît donc satisfaisante. Mais n'oublions pas qu'elle a pour base nos déclarations médicales. A nous de nous entendre, pour éviter la confusion qui ne tarderait pas à régner dans l'application de la loi de 1881. A nous de savoir si nous pouvons répondre au Tribunal que telle opération est simple, sans danger et non douloureuse. Ceci m'amène à aborder le point de vue médical auquel je faisais allusion.

Point de vue médical. — La cure radicale de la hernie est-elle, aujourd'hui, une opération dite simple, sans danger spécial, ni douleur excessive, et dont on puisse attendre un résultat certain ?

Comme je n'envisage ici que le côté « diagnostic » de la question, je n'aurai pas à m'inquiéter des *récidives* post-opératoires et je répondrai d'emblée à la troisième question : oui, l'opération peut donner dans la grande majorité des cas, *un résultat certain, ou presque tel,* au point de vue du diagnostic de l'ancienneté de la hernie.

L'opération est-elle *simple ?* Au point de vue technique, assurément. L'imprévu n'est pas à redouter. Le chirurgien opère en pays connu. On peut dire que, s'il est habile, il peut se considérer comme le maître de la situation. Son embarras n'aura pas de conséquences funestes, parce qu'il ne se produira pas.

L'opération est-elle *sans danger ?* C'est là où les avis diffèrent :

Secrétan nous déclare — et son opinion est partagée par le prof. Roux, dont il résume, dans son livre récent, la doctrine en l'espèce — qu'on peut considérer l'opération de la cure radicale, qui est autant un moyen de diagnostic que de guérison, comme bénigne, puisque, sur 2230 cas opérés à la clinique chirurgicale de Lausanne, on ne compte qu'un seul décès dû à la narcose, chez un enfant.

Le Tribunal fédéral, dans son arrêté du 18 avril 1895 (affaire Bargetzi), a admis par contre que l'opération de la cure radicale ne doit pas du tout être considérée comme sans danger. Kocher, dans son expertise sur le cas en question, déclare bien l'opération non dangereuse, mais son assertion est combattue par le Dr Kottmann, le regretté chirurgien de Soleure, dont l'opinion était généralement appréciée.

J'ai eu la curiosité de rechercher dans la littérature quelle était la mortalité accusée pour la cure radicale de la hernie inguinale et je vais donner le résultat de mes investigations.

Je ne parlerai pas des statistiques anciennes, datant de 20 ans, et qui accusent une mortalité de 25 % environ. La pratique constante de ce genre d'opération et les progrès de la chirurgie nous permettent de considérer aujourd'hui ce chiffre comme déplorable.

Voici des statistiques plus récentes :

Digitized by Google

	Cas	Morts	O/o
Batut	3851	13	0,34
»	100	0	0
Démosthène	1642	0	0
Delorme	1600-1700	8	1/2
Pott	2401	16	0,7
Fraenkel	100	0	0
Goldner	58	3 (narcose et embolie)	5,2
Gressen	68	1 (gangrène pulmon.)	1,5
Samter	32	0	0
Russell	115	0	0
Richard	55	0	0
Lucas-Championnière .	989	5	0,5
Hilgenreiner	421	—	0,23
Kocher	220	0	0
»	236	0	0
» (avant 1895) .	42	4	9,5
» » .	106	1	1
Roux	2230	1	0,05
Nicoladoni	260	3	1,1
Albert.	400	2	0,5
Schulten	235	2	0,8
Coley	360	1	0,3
Rotter.	250	1	0,4
Halsted	160	0	0
Berger	300	1	0,3
Carle	1400	2	0,14
Bassini	262	1	0,4
»	700	0	0

Soit, sur un total de plus de 18,000 cas, une mortalité s'élevant à 65, soit 0,36 °/o.

Il serait facile d'allonger cette statistique, mais cela me semble inutile. La mortalité peut donc être estimée à 1/3 °/o environ, soit 3 °/oo. Elle baissera peut-être encore dans l'avenir.

Mais ce chiffre ne correspond pas exactement aux chances que court l'ouvrier en se livrant aux mains du chirurgien. La coutume veut que l'on *endorme* les malades auxquels on pratique la cure radicale. Cela est nécessaire, puisque sans anesthésique, la douleur serait considérable. Quelques opérateurs, fort rares, emploient l'anesthésie locale ; la plupart utilisent l'anesthésie générale ; les uns se servent du chloroforme, et les autres de l'éther ! Eh bien ! un homme qui accepte de subir la cure radicale de la hernie, admet implicitement de courir les chances de la narcose. Or je crois que tout homme qui se laisse endormir court un risque. Ce n'est point ici le lieu de démontrer les dangers de la chloroformisa-

Digitized by Google

tion, dangers, fait important, qui sont souvent indépendants de l'habileté de l'opérateur ou de l'aide chargé de la narcose. Je ne citerai que pour mémoire les morts subites, survenant avant que le patient ne soit mis sur la table. La célèbre discussion, assez récente, de la *Société de chirurgie de Paris* nous a rappelé et la fréquence de ces accidents et l'impossibilité où se trouve le chirurgien de les conjurer. Pour ma part, j'ai assisté, à Paris, dans deux services différents, à deux morts semblables, dans l'espace d'une semaine. Je connais un autre cas analogue survenu à l'Hôpital cantonal de Genève. Le malade est mort dans son lit après avoir inhalé quelques bouffées de chloroforme et avant l'opération qu'on se proposait de pratiquer et qui se trouvait précisément être une cure radicale de hernie, en apparence des plus simples.

Les malades de ce genre, comme on le pense bien, ne figurent pas sur les statistiques de mortalité de la cure radicale.

Quant à l'éther, si peu dangereux qu'il soit, il n'est pas absolument inoffensif. Et la cure radicale elle-même ne prédispose-t-elle pas, d'après maints auteurs autorisés, tels que Mikulicz, Roux, etc., à la production de ces fameuses pneumonies post-opératoires, dont l'issue, le plus souvent bénigne, n'est cependant pas entièrement entre nos mains?

En outre je connais le cas d'un opéré mort d'*hémorrhagie secondaire* dans le péritoine, le soir de l'opération.

Ces faits, tout exceptionnels qu'ils soient, sont moins rares qu'on ne le pense.

Et *l'embolie pulmonaire?* Goldner a perdu deux malades de la sorte. Et qu'y pouvait-il faire? Je connais d'autres cas de cette espèce qui n'ont jamais été publiés!

Je ne parle pas de l'*infection*, car l'on peut dire que, si elle nous joue parfois des tours désagréables, nous en restons, dans la règle, les maîtres et que nous pouvons, du moins pour ce qui touche à la cure radicale, l'empêcher d'avoir des effets funestes et d'être la cause de la mort.

En dehors des complications mortelles, il faut citer l'*atrophie du testicule*, conséquence de ligatures trop serrées au niveau des vaisseaux spermatiques, ou de lésions du cordon; l'*épiploïte* localisée, qui survient trois à cinq semaines après l'opération et qui peut provoquer de ces douleurs que le Tribunal fédéral admettrait comme cause suffisante pour justifier le refus de l'ouvrier de se faire opérer, etc., etc.

En résumé on peut conclure: *L'opération de la cure radicale de la hernie, conjointement à la narcose, dont elle est, en l'état actuel de nos mœurs, inséparable, est une opération qui comporte actuellement des risques de vie, risques dont la fréquence, si réduite soit-elle, peut atteindre le chiffre de* $^1/_2$ *%, et qui sont, pour la plupart, indépendants de l'habileté de l'opérateur, par conséquent soustraits à tout effort fait, préventivement ou immédiatement, pour les éviter.*

Si, dans certaines mains, le pourcentage de $^1/_2$ % peut encore être abaissé, il ne peut malheureusement pas être ramené à 0.

Digitized by Google

Quant à la *douleur*, dont parle le Tribunal, elle peut être supprimée, il est vrai, par la narcose, mais elle est échangée, par conséquent, contre un risque.

Forgue, ayant à répondre à un tribunal qui l'avait chargé de rédiger une expertise sur un cas de ce genre, reconnaît que toute anesthésie générale comporte un risque. « Assurément, dit-il, ce risque surgit parfois *sous une forme imprévue et inévitable*[1], mais une attentive surveillance, une administration correcte et prudente des doses nous garantissent contre ce danger. »

Tous ceux qui ont quelque expérience en chirurgie sauront quelle confiance il importe de vouer à cette garantie. Pour ma part, tout en reconnaissant sa haute valeur, je me refuse à admettre son caractère absolu — et c'est là le point capital.

Nous venons de voir tout ce que l'obligation de l'opération peut avoir de grave, en l'espèce, pour l'ouvrier; aussi ne puis-je m'empêcher de faire quelque réserve sur le caractère de faute que Secrétan voudrait voir appliquer au refus du sinistré de se laisser opérer.

Sans nul doute, la consécration du droit où se trouve l'ouvrier de refuser l'opération de la cure radicale aurait de lourdes conséquences pour l'employeur et les Compagnies d'assurances. Elle permettrait, comme dit Secrétan, de « condamner l'employeur sans preuve ».

Mais peut-on rendre l'ouvrier responsable de ce que la science est incapable de faire la preuve de l'origine traumatique de sa lésion en dehors de l'opération ? Est-ce la faute de l'ouvrier si nous ne savons et ne pouvons pas ?

S'il n'est point négligeable de risquer de faire payer à tort un patron ou une Compagnie d'assurances pour une lésion qui n'a en réalité pas de rapport avec l'accident, il est bien plus sérieux de faire courir un risque grave à un ouvrier en l'obligeant à payer de sa personne pour faire une preuve que nous sommes incapables de rapporter autrement que par une opération.

D'autant plus que tout n'est pas dit sur la hernie traumatique et il est bien possible que cette incapacité se transforme un jour en possibilité. Notre conscience s'accommodera-t-elle alors, facilement, du souvenir des quelques rares ouvriers qui, par nos soins, auront passé de vie à trépas ? Notre conscience ne nous reprochera-t-elle jamais d'avoir *préféré* la *justice à la vie* — alors qu'il s'agit d'un autre être que soi ?

Je reconnais la force des arguments de ceux qui plaident en faveur de l'obligation. Je reconnais qu'un tribunal commet une erreur en ne tenant pas compte, dans la production de la hernie dite traumatique, du rôle considérable joué par la prédisposition; qu'en faisant cela il incite inconsciemment à la simulation; mais tout ceci est-il suffisant pour engager ce tribunal à refuser à un ouvrier l'indemnité qu'il demande, parce qu'il ne veut pas se soumettre au contrôle chirurgical ?

[1] C'est nous qui soulignons.

Digitized by Google

Nous risquons, dans ce cas, de commettre également une injustice, et celle-là, aux dépens d'un honnête homme, qui se croit ou est véritablement atteint d'une hernie traumatique, mais qui, par peur ou attachement aux siens, ne peut se résoudre à risquer sa vie pour en faire la preuve !

La question est complexe, intéressante au plus haut chef, parce qu'elle touche d'une part à des intérêts financiers, et d'autre part à des considérations morales.

Elle mérite d'être approfondie et envisagée d'une façon supérieure et absolument impartiale. Mon seul but ici a été d'en exposer brièvement les éléments afin que chacun se convainque par lui-même.

Je veux simplement en terminant, rappeler l'opinion de l'Office impérial allemand des assurances, sur la question de l'obligation de l'opération, envisagée dans son sens le plus large. Je cite d'après Thoinot :

« Le refus d'un blessé de se faire opérér. peut faire, il est vrai, souffrir les intérêts financiers d'une corporation, mais on ne peut accepter que la considération de pareils intérêts conduise à peser sur le libre arbitre d'un homme. »

Juillet 1906. Dr Ch. Julliard.

NÉCROLOGIE. — Le Dr A. Vincent. — Nous avons à enregistrer la perte considérable que vient de faire Genève par le décès du Dr Alfred Vincent, conseiller d'Etat, qui a succombé le 5 juillet dernier à une affection du pancréas; la terminaison fatale paraît avoir été hâtée par une fracture des deux malléoles, accident dont notre regretté confrère avait été atteint peu de semaines avant sa mort. Les journaux quotidiens ont particulièrement retracé le rôle important qu'a joué Vincent dans nos affaires politiques; nous parlerons surtout ici du médecin.

Alfred Vincent était né le 4 juin 1850 à Saint-Pétersbourg, où son père, un Genevois, était momentanément établi, mais il ne tarda pas à venir habiter sa patrie et suivit l'enseignement du Collège, du Gymnase et de l'Académie. Ses goûts l'ayant porté vers la carrière médicale, il s'y prépara d'abord à la faculté libre de Strasbourg qui continuait la faculté française de cette ville, puis à celle de Berne. En 1876 il était nommé au concours interne à l'Hôpital cantonal de Genève. Il suivait en même temps l'enseignement de l'Ecole de médecine qui se fondait à ce moment dans notre ville et y était reçu docteur le 13 mars 1878 ; sa thèse inaugurale dédiée au prof. Aeby, de Berne, et traitant des anomalies artérielles, fut la première qui fut présentée à la jeune faculté. Il s'établissait peu après comme praticien aux Pâquis où il devint rapidement, grâce à son dévouement, un médecin très populaire ; il fut un des fondateurs du dispensaire de ce quartier.

En 1881 la place de médecin-inspecteur de la salubrité étant devenue vacante par la retraite du Dr Et.-F. Julliard, Vincent y fut appelé; il entrait en fonctions au moment où les services sanitaires publics prenaient une importance de plus en plus grande grâce aux progrès scientifiques

Digitized by Google

qui s'accomplissaient dans le domaine de la prophylaxie, et sa charge fut loin d'être une sinécure; il fut particulièrement fort occupé en 1884, lorsque le choléra se rapprocha de notre frontière et se manifesta même par quelques cas dans notre canton où sévissait en même temps une grave épidémie de fièvre typhoïde. Bientôt le service de l'inspecteur de la salubrité, tel qu'il avait été établi jusqu'alors, parut, à juste titre, tout à fait insuffisant, et le Conseil d'Etat, sur la proposition d'un de ses membres, M. Albert Dunant, fit voter au Graud Conseil la fondation du Bureau actuel de salubrité. Vincent fut l'organisateur et le premier directeur de cette utile institution et s'en acquitta avec beaucoup de zèle et une véritable compétence; il a, dans une intéressante brochure que nous avons analysée dans son temps (Voir cette *Revue*, 1887, p. 426.), raconté lui-même la première année de l'existence du Bureau et exposé le fonctionnement de ses divers services. Frappé de l'ignorance où les usages d'alors tenaient l'autorité sanitaire au sujet des cas de maladies contagieuses et des inconvénients qui en résultaient pour la santé publique, il fut sûrement le premier promoteur de l'arrêté pris en 1891 par le Conseil d'Etat sur la déclaration des maladies contagieuses et il venait expliquer aux membres de la Société médicale (dont il fit partie depuis 1894) comment cet arrêté devait être appliqué. Il ne quitta le Bureau de salubrité qu'en 1896, lorsqu'il fut élu au Conseil national; il venait à ce moment de publier un important travail sur l'hygiène publique à Genève (Voir cette *Revue*, 1896, p. 504) qui restera le témoin de son activité comme hygiéniste.

Outre ses fonctions au Bureau de salubrité, Vincent avait été chargé d'enseigner l'hygiène à l'Ecole secondaire des jeunes filles et au Collège. Quand la chaire d'hygiène de la Faculté de médecine dût être repourvue en 1889 à la suite de la démission de M. le prof. Pierre Dunant, ce fut Vincent qui fut élu à sa place et il occupa cette chaire, où il sut se faire apprécier par la clarté de son enseignement, jusqu'à son entrée au Conseil d'Etat en 1897; il se fit alors suppléer par M. le Dr de Marignac et quitta définitivement le professorat en 1901. Mentionnons aussi la part qu'il prit aux travaux de notre éphémère Société d'hygiène, à laquelle il fit plusieurs communications et qu'il présida en 1891. Il fut également président de la Commission de l'Hôpital cantonal.

Quant à la carrière politique de Vincent, rappelons seulement qu'il entra en 1880 au Grand Conseil qu'il présida plusieurs fois, en 1896 au Conseil national et en 1897 au Conseil d'Etat, et qu'il fut constamment réélu à ces diverses fonctions; comme conseiller d'Etat il occupa successivement les départements de l'Intérieur et de l'Instruction publique et sut remplir ces postes élevés avec autorité et bienveillance; il n'y oublia point qu'il était médecin, vouant un intérêt particulier aux questions relatives à la santé publique, telle que la lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose.

Le Conseil fédéral avait désigné Vincent comme son second délégué à

Digitized by Google

la Conférence diplomatique internationale pour la revision de la Convention de Genève, qui vient de se réunir dans notre ville, et il en fut nommé vice-président. Il ne put malheureusement prendre part à ses délibérations, puisqu'il fut frappé à ce moment par l'accident aux suites duquel il a succombé ; sa mort a coïncidé avec la fin des travaux de la Conférence, dont plusieurs membres sont restés à Genève pour se joindre aux autorités fédérales et cantonales qui lui ont rendu les derniers honneurs.

Cette brusque terminaison d'une carrière si active sera vivement ressentie par notre corps médical qui perd en Vincent un représentant très autorisé dans notre gouvernement.

Voici la liste de ses principales publications :

Contribution à l'étude des anomalies artérielles considérées dans leurs rapports avec le système veineux normal, *Thèse de Genève*, 1878. — Le Bureau de salubrité de Genève, son organisation, sa première année d'existence, broch. in-8°, Genève 1887. — La salubrité publique et l'utilisation agricole des eaux d'égoût à Genève, broch. in-8° ; *Publicat. de la Soc. d'hygiène*, Genève 1888. — La salubrité publique et l'utilisation agricole des eaux d'égoût à Genève. Réponse à M. de Candolle, broch. in-8°, Genève 1888. — Leçon d'ouverture du cours d'hygiène, broch. in-8°. Genève 1889. — Note sur une épidémie de fièvre typhoïde propagée par le lait, broch. in-8°, *Public. de la Soc. d'hygiène*, Genève 1890. — Rapport sur les travaux et la marche de la Société d'hygiène pendant l'année 1891, broch. in-8°, *Ibid.*, 1891. — Rapport présenté à la Commission chargée de l'étude de la tuberculose du bétail; partie médicale, Genève, 1894. — Note sur une épidémie de fièvre typhoïde (en collaboration avec L. Massol), *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1894, p. 597.— L'hygiène publique à Genève pendant la période décennale 1885-1894; un vol. in-4° de 260 pages, avec 11 pl. Genève, 1896. — Instructions concernant la tuberculose (en collaboration avec H. Gosse et V. Gilbert), broch. in-8°. — Rapport de la Commission nommée par le Conseil d'Etat pour étudier les mesures à prendre contre la tuberculose humaine; broch. in-8°, Genève 1897.

C. P.

Congrès. — Le seizième *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes* de France et des pays de langue française se tiendra à Lille, du 1 au 7 août 1906, sous la présidence de M. le Prof. Grasset, de Montpellier. Les questions suivantes sont à l'ordre du jour : *Psychiatrie*. Etudes cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés. Rapporteur : Dr Dide (Rennes). — *Neurologie*. Le cerveau sénil. Rapporteur : Dr A. Léri (Paris). — *Médecine légale*. La responsabilité des hystériques. Dr R. Leroy (Paris). — Communications diverses, visites d'asiles d'aliénés, excursions, etc. — S'adresser au secrétaire général, Dr Chocreaux, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord).

Le *Congrès international pour l'assistance des aliénés* se tiendra à Milan du 26 au 30 septembre 1906. Parmi les objets à l'ordre du jour, figure une proposition du Dr Frank (Zurich) sur la fondation d'un *Institut international ayant pour but d'étudier et de combattre les causes des maladies mentales*. S'adresser, pour les inscriptions, au Dr Pierre Gonzales, 14, Via Leopardi, Milan.

Le *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences* se tiendra à Lyon, du 2 au 7 août 1906. S'adresser au secrétaire de l'Association, 28, rue Serpente, Paris.

Le quatorzième *Congrès international d'hygiène et de démographie* se

Digitized by Google

tiendra à Berlin, du 23 au 29 septembre 1907, sous la présidence de M. Bumm, président de l'Office international d'hygiène. — Secrétaire général : Dr Nietner. — Bureau : 9, Eichhernstrasse, Berlin W.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE LA SUISSE

Semestre d'été 1906

	SUISSES				ÉTRANGERS		TOTAL
	du canton		d'autres cantons				
	Messieurs	Dames	Messieurs	Dames	Messieurs	Dames	
Bale	46	1	69	2	26	2	146
Berne	53	1	52	3	55	334	498
Genève	31	1	55	..	98	158	343
Lausanne	33	1	39	1	68	320	462
Zurich	48	9	100	8	113	157	435
						Total...	1884

Caisse de secours des médecins suisses. — Dons reçus en Juin 1906.
Appenzell de la « Gesellschaft Appenzellischer Aerzte », par M. le Dr Hildbrand, fr. 100, (100+10=110).
Argovie. — Drs A. Zürcher, fr. 105 ; H. Keller, fr. 20, (120+345=465).
Bâle-Vile. — Drs B., fr. 10 ; H. Vogelbach, fr. 20, (30+930=960).
Berne. — Drs F. Moser, fr. 20 ; Niehus, fr. 10, (30+1025=1055).
St-Gall. — Dr J. Müller, fr. 20, (20+354=374).
Schwyz. — Dr H.-E. à G., fr. 20, (20=70=90).
Soleure. — Drs E. Munzinger, fr. 20 ; A. Gloor, fr. 20, (40+225=265).
Tessin. — Circolo medico di Lugano, par M. le Dr Vassali, fr. 50. (50+10=60).
Vaud. — Drs Ch. Krafft, fr. 10 ; P. Reinbold, fr. 10, E. Zbinden, fr. 5. (25+200=525).
Zurich. — Drs R. Schubiger, fr. 10 ; M. Holzmann, fr. 20 ; Th. Horner, fr. 20 ; E. Schwarzenbach, fr. 10, (60+1100+1160).
Ensemble, fr. 495 ; Dons précédents de 1906, fr. 7414 ; Total, fr. 7909.
De plus pour la fondation *Burckhardt-Baader :*
Appenzell de la « Gesellchaft Appenzellischer Aerzte », fr. 50, (50).
Dons précédents de 1906, fr. 30 ; Total, fr. 80.

Bâle, 1 Juillet 1906. *Le Caissier :* Dr P. Von der Mühll
Aeschengraben, 20

OUVRAGES REÇUS. — Labit et Polin, médecins principaux de l'armée française. — Le péril vénérien ; petit in-8 de 192 p. *Encyclopédie scientifique des aide-mémoire.* Paris, Masson et Cie.

Montprofit, d'Angers. — Traitement chirurgical de la cirrhose du foie. Rapport au *Congrès français de chirurgie* de 1904, broch. in-8 de 120 p., Paris 1904.

De Sagher. — Consultations de nourrissons de la policlinique de Liège. Rapport annuel pour 1905 ; broch. in-12 de 24 p. Liège 1906.

Verdalle. — Action de l'arsenic et des eaux chlorurées sodiques arsenicales sur le diabète. Broch. in-8 de 20 p., extr. des *Arch. génér. de méd.*, 12 et 25 mars 1906.

E. Sommer, de Winterthour. — Radium and Radioactivität ; broch. in-8 de 52 p. avec une fig., Munich. 1906, O. Gmelin.

GENÈVE. — SOCIETE GÉNERALE D'IMPRIMERIE, PÉLISSERIE, 18.

Digitized by Google

XXVIme ANNEE. — N° 8. 20 AOUT 1906.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Réduction des luxations pseudo-sous-coracoïdiennes et axillaires (récentes et non-compliquées)

Par Mlle R. Rapoutova.

Pendant les cinq dernières années, on a traité, à l'Hôpital cantonal de Lausanne, dans le service du Prof. Roux, plusieurs cas de luxations de l'épaule sous-coracoïdiennes secondaires et axillaires récentes qui ont attiré notre attention. Leur réduction facile par de légères tractions horizontales sur l'humérus, avec palpation axillaire, l'avant-bras étant fléchi sur le bras, a démontré avec évidence la simplicité et l'importance de ce procédé dont on se sert dans le service toutes les fois que le procédé classique du Prof. Kocher n'est pas applicable. Nous en avons fait une courte étude.

Quelques remarques sur l'anatomie de l'articulation de l'épaule.

Pour avoir une idée nette du mécanisme des luxations et de leur réduction, nous croyons utile de résumer ici l'anatomie de l'articulation scapulo-humérale.

Cette articulation met en rapport la cavité glénoïde de l'omoplate agrandie par un fibro-cartillage bourrelet glénoïdien, et la tête de l'humérus.

La tête de l'humérus arrondie et lisse représente environ le tiers d'une sphère dont le rayon aurait de 25 à 30^mm. Elle regarde obliquement en arrière, en dedans et en haut. On y trouve deux saillies, le trochiter et le trochin, séparées par une gouttière verticale destinée au passage du tendon de la longue portion du biceps.

Digitized by Google

La cavité glénoïde ou glène scapulaire occupe l'angle externe de l'omoplate. Elle a la forme d'un ovale ; son diamètre vertical mesure 35mm, son diamètre transversal, 25mm. Elle est entourée d'un cordon fibro-cartilagineux destiné à agrandir la surface articulaire. Ce cordon, connu sous le nom de bourrelet glénoïdien, présente une face interne postérieure qui adhère intimément à la circonférence de la cavité, une face externe qui donne attache au ligament capsulaire, et une face interne qui s'abaisse petit à petit vers la cavité pour se confondre avec elle.

La tête de l'humérus et la cavité glénoïde de l'omoplate sont mises en rapport : 1° par un ligament capsulaire ou capsule, 2° par un certain nombre de ligaments provenant, les uns de l'apophyse coracoïde (ligaments coraco-huméraux), les autres du bourrelet glénoïdien (ligaments gléno-huméraux). Ces ligaments servent à renforcer la capsule.

Le *ligament capsulaire* a la forme d'un manchon. Il s'insère, par sa circonférence supérieure, sur le pourtour de la cavité glénoïde et sur son bourrelet ; par sa circonférence inférieure, sur le col de l'humérus. Dans la région du trochin et du trochiter, la capsule fait corps avec les tendons des muscles sous-scapulaire, sus-scapulaire, sous-épineux et petit rond. Sur les points où la capsule entre en contact avec ces tendons, elle se fusionne entièrement avec eux.

Les *ligaments coraco-huméraux* sont au nombre de deux : 1° le ligament coraco-huméral superficiel, qui s'insère en haut au bord externe de l'apophyse coracoïde, puis se porte en bas, en dehors et en avant, de façon à se réunir à la capsule dans la région du trochiter ; 2° le ligament coraco-huméral profond qui prend naissance au-dessous du précédent et au bord externe de l'apophyse coracoïde et se porte en dehors vers la capsule articulaire pour aller se réunir au ligament sus-gléno-sus-huméral.

Parmi les ligaments de renforcement non isolables de la capsule, on a décrit les suivants : 1° le ligament sus-gléno-sus-huméral qui, parti du pôle supérieur de la cavité glénoïde, vient se fixer à l'encoche du col anatomique de l'humérus, au dessus de la petite tubérosité. 2° Le ligament sus-gléno-préhuméral qui, parti de la portion antéro-supérieure de la cavité glénoïde, se porte en bas et en dehors vers la petite tubérosité. 3° Le ligament prégléno-sous-huméral, plus fort et plus épais que les

Digitized by Google

autres, qui va du bord antérieur de la cavité glénoïde à la partie interne du col de l'humérus. Ces trois ligaments jouent un rôle très important dans les déplacements de la tête humérale.

Résumé du mécanisme et de l'anatomie pathologique.

1° La *luxation axillaire* est la suite d'une élévation forcée du bras, d'un mouvement forcé d'abduction exagérée. On l'a vue se produire, par exemple, chez des personnes qui, tenant un cheval par la bride, ont eu leur bras brusquement élevé par un coup de tête du cheval. Sous l'influence de l'abduction ou de l'élévation forcées, la tête humérale est poussée vers la partie inférieure de la cavité articulaire ; elle glisse sur la glène et vient appuyer sur la portion inférieure de la capsule. Si la violence est assez forte, la capsule cède, se déchire et la tête sort de l'articulation.

2° La *luxation sous-coracoïdienne* peut être subdivisée en primaire typique et secondaire.

a) La luxation typique ou classique peut être produite par un traumatisme direct atteignant l'humérus en arrière ou latéralement ; plus souvent, elle est occasionnée par un traumatisme indirect, comme une chute sur la main ou le coude, le bras porté en arrière, ou bien par une abduction exagérée du bras, ou enfin par une action musculaire dans certains mouvements, (épilepsie, etc.)

Voici ce qui se passe dans ces cas d'après Nélaton : « La luxation sous-coracoïdienne s'accompagne de déchirures capsulaires, le bras est dans l'abduction forcée avec une rotation externe plus ou moins grande, la tubérosité externe butte contre le rebord glénoïdien postérieur, la sphère humérale distend la portion antérieure et inférieure de la capsule, puis le mouvement forcé est exagéré et cette fois la capsule se rompt. Celle-ci n'a pas plutôt cédé que la sphère cartilagineuse s'échappe entre les lèvres de la déchirure et tombe au-devant du rebord glénoïdien antérieur. En même temps, la partie postérieure du col anatomique, tout à l'heure arc-boutée contre le rebord glénoïdien postérieur, se déclanche au moment où la capsule cède, glisse d'arrière en avant sur la glène et vient s'arrêter sur le rebord glénoïdien antérieur. La tête est retenue par la tension de la partie postéro-externe de la capsule qui ne lui permet pas

Digitized by Google

de s'avancer plus loin. En même temps, la contraction des muscles adducteurs périarticulaires lui imprime un léger mouvement de rotation de dehors ou dedans, l'applique contre le rebord glénoïdien antérieur et produit l'engrènement de ce rebord dans le sillon postérieur du col anatomique. » Le ligament sus-gléno-préhuméral peut être, dans les circonstances pareilles arraché en partie ou en totalité ; quelquefois il reste intact.

b) La luxation sous-coracoïdienne secondaire se produit lorsque, la luxation axillaire existant déjà, le bras retombe par son propre poids. Dans ce cas, la tête humérale, après avoir perforé la capsule en bas, remonte sous l'apophyse coracoïde, sans déchirer les parties antérieures de la capsule. Le plus souvent cette forme de luxation provient de vaines tentatives de réduction sur une luxation axillaire ou intracoracoïdienne.

Symptomatologie.

1° Dans la *luxation axillaire* ou *sous-glénoïdienne*, le bras se trouve en forte abduction. Le moignon de l'épaule est aplati ; le muscle deltoïde tombe presque verticalement de l'acromion sur l'humérus. L'axe prolongé du bras traverse le thorax ; l'acromion est très saillant. La palpation permet de constater que la glène est vide et que la tête humérale se trouve dans l'aisselle. Outre la tuméfaction de la région, l'impotence fonctionnelle et la douleur, on note des troubles vasculo-nerveux plus ou moins accentués, dûs à la tension des vaisseaux et des nerfs sur la tête humérale.

2° Dans la *luxation sous-coracoïdienne*, on remarque à l'inspection, que l'épaule a perdu sa forme arrondie ; elle paraît aplatie et surmontée, en haut, par la saillie anguleuse de l'acromion. Le bras est en abduction ; son axe longitudinal prolongé aboutit à l'apophyse coracoïde ou à la clavicule, au lieu d'arriver au-dessous de l'acromion, comme à l'état normal. L'humérus paraît allongé. La palpation fait reconnaître l'absence de la tête humérale de sa place normale, et sa présence au-dessous de l'apophyse coracoïde. Les mouvements passifs sont douloureux et limités, surtout en avant et en dedans. Les mouvements actifs sont aussi diminués. On observe également du gonflement et de la douleur.

Digitized by Google

Aperçu historique sur le traitement.

Les luxations de l'épaule sont très fréquentes. Leur traitement comprend de nombreux procédés, assez différents les uns des autres et ayant subi quelques transformations au cours des âges.

La méthode qui a dû être imaginée la première et qu'employaient couramment les anciens chirurgiens, consistait à introduire les doigts dans l'aiselle et à repousser la tête humérale en dehors.

A côté de ce moyen simple, on se servait du procédé de *bascule* de l'os luxé, qui consiste à rapprocher le coude du tronc en appliquant la main ou le poing fermé dans l'aisselle (Lanfranc, David Bell). Ch. Bell et Girard se sont quelquefois servis de l'avant-bras, qu'ils portaient en travers de l'aisselle, tandis que de l'autre main ils abaissaient brusquement le coude.

Au temps d'Hippocrate, la réduction s'opérait par le poids du malade, le médecin plaçant son épaule dans l'aisselle du côté luxé. Dans le procédé du *pendule de Simon*, l'extension se fait également par le poids du malade. Dans les cas simples, Simon a pu réduire la luxation en soulevant, sans aides, le malade par le bras, l'extension étant faite graduellement, la contre-extension étant établie par le poids du malade.

A. Cooper réduit les luxations en introduisant son coude, le genou ou le talon dans le creux axillaire, et en faisant basculer le coude du bras luxé. La pression qu'on produit sur les parties luxées peut être lente et douce, ou, au contraire, brusque et violente.

Wiseman faisait porter le coude en arrière vers le rachis; lui-même pressant d'une main sur l'acromion, plaçait l'autre main sous l'aisselle et repoussait l'humérus à sa place, tandis qu'un aide ramenait le coude en avant.

Dans le procédé de Gerdy, nous voyons la combinaison de la pression avec l'extension.

Langenbeck exerçait des pressions en sens inverse sur l'humérus et sur l'omoplate.

Les procédés de *dégagement* se réduisent à trois : la rotation en dedans, la rotation en dehors, et l'élévation du bras. Hippocrate a décrit le procédé de rotation en dedans. Syme usait de la rotation en dehors. Lacour combinait la rotation en dehors avec la rotation en dedans.

Digitized by Google

Le procédé d'*élévation* du bras semble avoir été pratiqué dès le XIIIe siècle par Brunus qui faisait élever et tirer le bras en haut par un aide, et repoussait lui-même avec les pouces ou le poignet, la tête dans sa cavité. Plus tard, cette méthode d'élévation a été employée par Thomson, White, Hey, Ch. Bell, Mothe et Malgaigne.

La méthode d'extension se combine nécessairement avec la contre-extension. Elle se pratique obliquement en bas, horizontalement, le bras formant angle droit avec le tronc, ou enfin obliquement en haut ; quelques-uns ont fait une extension tout-à-fait verticale. Elle peut être pratiquée par le chirurgien seul ou avec des aides, par des machines et par des tubes de caoutchouc.

Après ces méthodes, qu'on peut appeler les *procédés de douceur,* décrivons aussi les *procédés de force* à l'aide des machines et des appareils.

On a eu recours aux instruments et aux machines toutes les fois que la main du chirurgien ou des aides ne suffisait pas à opérer la réduction.

Dès le temps d'Hippocrate, on usait de l' *hypéron,* sorte de levier vertical à extrémité arrondie, comme celle d'un pilon. Cette extrémité, recouverte d'une compresse pour empêcher le glissement, était portée profondément dans l'aisselle entre les côtes et la tête de l'humérus. Le sujet se trouvait ainsi suspendu comme sur une chaise ou une échelle, et était tiré par le bras et le corps en sens contraire.

Parmi les autres instruments employés à cette époque, signalons encore : l'échelle, le banc, l'ambi, la chaise thessalique. Citons aussi le glossœome de Galien, le glossœome de Nymphadore, le tripaste d'Apellion, la balance de Gersdorf, le réducteur de Jean-Louis H. Petit et de Mathias Mayor. En Allemagne, on connaissait l'appareil de Schnider-Mennel, en France, celui à moufle avec dynamomètre de Sédillot. Jarvis a construit un ajusteur qui a été modifié plus tard par divers fabricants.

Les machines et appareils ont le désavantage d'être peu portatifs, d'un prix élevé, et de produire des tractions dont la force ne peut être calculée. Le dynamomètre permet de mesurer les forces utilisées, mais il ne fait pas connaître quelle force il faut employer pour une luxation donnée, suivant l'âge, le sexe, et la vigueur du malade.

Il y a eu quelques tentatives pour fixer les chiffres représen-

Digitized by Google

tant la force mécanique applicable aux luxations de l'épaule. Malgaigne avait indiqué 250 kilogr., Labastida 50 kilogr. Malgaigne ajoute que le chirurgien doit consulter la tension des muscles et des téguments pour juger s'il doit suspendre ou augmenter la traction.

Principaux obstacles à la réduction des luxations.

1° *Action musculaire.* — Hippocrate, Celse, Galien ont déjà remarqué que chez les personnes bien musclées la réduction des luxations se produisait plus difficilement que chez les individus faibles. Dupoui, Favre, Pott, J.-L. Petit, Portal insistent sur le fait que la résistance musculaire constitue le principal obstacle à la réduction des luxations. Desault et Boyer ont montré que c'est la rétraction musculaire qui offre le plus de difficulté dans la réduction des luxations anciennes. Pouteau fut le premier qui préconisa les tractions continues, se basant sur le fait qu'il faut vaincre la résistance musculaire s'opposant à la réduction des luxations. Dupuytren pense qu'on peut surmonter les difficultés de la réduction des luxations par la connaissance de l'appareil musculaire. Panas, Rigaud, Desprès reconnaissent à la résistance musculaire une influence prépondérante. Malgaigne, Valette indiquent, pour la réduction des luxations, les obstacles suivants : contraction musculaire, état de la capsule, enclavement des os. La contraction musculaire jouerait, d'après eux, le rôle principal.

Voyons maintenant quels étaient les moyens employés par les anciens chirurgiens pour vaincre la résistance musculaire. Hippocrate recommandait d'amaigrir les sujets. A. Paré conseillait l'application des cataplasmes, des emplâtres, des liniments. A. Cooper et Desault faisaient des applications émollientes, utilisaient les bains, les saignées (380 à 640 gr.) Récamier et Sédillot administraient le datura stramonium. D'autres ont eu recours aux purgatifs. Percy, Boyer provoquaient la résolution musculaire par l'ivresse. Rist proposa la compression des artères principales du membre ou les sections musculaires et tendineuses. Boyer et Dupuytren tâchaient de détourner l'attention du malade. Orliac et Richet ont essayé l'anesthésie locale. Pouteau préconisa le premier la méthode des tractions continues.

2° *Action de la capsule.* — J.-L. Petit, le premier, préconise

Digitized by Google

de corriger la position vicieuse prise par la tête luxée en faisant parcourir en sens inverse à la tête le chemin déjà suivi, puisqu'on avait remarqué qu'il ne suffisait pas de combattre seulement l'action musculaire. Kocher, Billroth, de concert avec l'école allemande (Roser, Streubel, Fischer, Schrauth, Weber, Schinzinger) se préoccupent davantage de l'état de la capsule articulaire et de l'appareil ligamenteux. Ils n'admettent pas que les muscles constituent l'obstacle principal à la réduction. Ce qui résiste, ce sont les parties intactes de la capsule et des ligaments, et ce sont ces parties fibreuses dont il faut tenir compte ou qu'il faut utiliser pour corriger le déplacement.

Traitement actuel.

Actuellement avant toute manœuvre de réduction, on conseille de vérifier l'état des gros vaisseaux et l'aisselle, de s'assurer qu'ils ne sont le siège ni d'anévrysme, ni de dilatation considérable, ni de dégénérscence athéromateuse très avancée. C'est en palpant les vaisseaux contre la face interne de l'humérus, au moyen des doigts portés dans l'aisselle, en explorant le creux sus-claviculaire qu'on se rend compte de leur intégrité. Il faut aussi examiner la sensibilité et la motilité du membre luxé. Après cela on s'occupe plus spécialement de la réduction.

Réduction des luxations sous-coracoïdiennes classiques typiques. — Parmi les procédés de réduction des luxations sous-coracoïdiennes typiques, par rotation et élévation, le procédé du Prof. Kocher est le plus simple, et en même temps peu douloureux ; c'est un vrai procédé de douceur, réussissant très bien sans l'emploi du chloroforme, ni d'une force extraordinaire, et sans aide. Il a pour but de rendre béante la déchirure capsulaire, afin de pouvoir réduire la luxation sans déploiement de force.

Voici comment on opère : Le malade est assis de façon que le dos de la chaise réponde à l'épaule saine. Un aide maintient l'omoplate en appliquant le pouce sur le moignon de l'épaule et et la face palmaire des doigts du côté interne de la cavité axillaire, de façon à repousser en dedans le bord externe de l'omoplate (cette assistance n'est pas indispensable). Le chirurgien se place alors à gauche du malade, (s'il s'agit de l'épaule gauche).

Premier temps. On fléchit l'avant-bras à angle droit sur le bras, et avec le pouce de la main droite on applique solidement le coude contre le tronc.

Digitized by Google

Deuxième temps. Tout en maintenant exactement le coude dans cette situation, le chirurgien porte en dehors la main gauche du malade, lentement, graduellement, sans secousse, ce qui fait exécuter à l'humérus une rotation dans le même sens. On s'arrête au moment où l'on éprouve une résistance nette.

Troisième temps. On porte le coude en avant, en haut et un peu dedans, tandis que l'avant-bras reste toujours fléchi à angle droit, et que la main du malade est fortement déjetée en dehors. Le bras arrive ainsi à être presque perpendiculaire au plan antérieur du corps.

Quatrième temps. Il ne reste plus qu'à laisser s'effectuer la rotation du bras en dedans et à porter la main du malade sur l'épaule saine. Ces manœuvres doivent être exécutées avec toute la lenteur et toute la douceur possibles.

Réduction des luxations sous-coracoïdiennes secondaires et axillaires. — Le procédé que nous venons de décrire ne réussit que dans les luxations sous-coracoïdiennes classiques. Quant aux luxations sous-coracoïdiennes secondaires et axillaires, il faut avoir recours à d'autres procédés. Voici comment le prof. Kocher explique ce fait dans sa communication au Congrès de Londres : « Le succès de la méthode exige que la capsule soit réellement intacte dans ses portions postérieure, supérieure et inférieure, puisque sa tension est utilisée pour la réduction. La capsule est-elle largement déchirée et arrachée de la tête humérale, celle-ci est-elle fortement disloquée, comme dans la luxation intracoracoïdienne ou certaines variétés de l'axillaire, la tête de l'humérus tourne alors autour de son axe au lieu de tourner sur le point d'appui formé par le rebord antérieur de la cavité glénoïde, et la réduction échoue ».

Pour comprendre cet échec, voyons comment agit le procédé du prof. Kocher. L'auteur lui-même l'explique de la manière suivante : Si on fait exécuter à l'humérus luxé une rotation en dehors, de manière que l'avant-bras, fléchi à angle droit, se porte directement en dehors, on ramène la tête de l'humérus en dehors, au niveau de la cavité glénoïde ; la paroi antérieure de la capsule se trouve fortement éloignée de la cavité glénoïde et la déchirure capsulaire devient béante. Mais la tête humérale est encore solidement fixée sur le rebord antérieur de la cavité glénoïde, parce que le cordon formé par les portions supérieures de la capsule n'est absolument pas relâché par cette manœuvre, pas plus que la portion inférieure de la capsule. Ce

Digitized by Google

n'est qu'en élevant en avant, dans le plan sagittal du corps, l'humérus ainsi tourné en dehors, que l'on voit la partie supérieure de la capsule se relâcher; et grâce à la tension des portions inférieures, qui empêche la tête humérale de glisser en avant, celle-ci rentre dans sa cavité. Une rotation en dedans termine la réduction.

Les modes de réduction les plus rationnels dans les luxations sous-coracoïdiennes secondaires et axillaires seront alors les procédés qui ne préjugent en rien de la direction à donner à la tête de l'humérus; ce sont les procédés qui tendent à entraîner la tête de l'humérus plutôt en bas, sous la cavité glénoïde, et où le chirurgien la conduit à l'aide de ses doigts vers son orifice de sortie, ce qui permettra sa rentrée dans la cavité articulaire.

Voyons maintenant quels sont les procédés qui répondent le mieux à ces conditions parmi les plus répandus dans la pratique chirurgicale.

On a préconisé un procédé de réduction par élévation du bras, suffisante pour relâcher les muscles deltoïde et sus-épineux, avec traction douce dans le même sens, afin de vaincre la résistance qu'offrent les autres muscles; pendant ce temps, on maintient le bras un peu en arrière de l'axe du tronc. Si cette manœuvre ne réussit pas, on augmente le relâchement musculaire en tirant sur le bras placé à angle droit avec le tronc, ou en faisant une extension directement en haut.

Hamilton recommande le procédé très simple et peu douloureux consistant à élever le bras à angle droit ou aigu avec le tronc, pour vaincre la résistance du deltoïde et du sus-épineux et faire rentrer la tête de l'humérus à sa place. Il dit en avoir obtenu de bons résultats. A cette élévation simple du bras on ajoute quelquefois un peu d'extension réalisée par les mains du chirurgien.

John Darby, de New-York, préconise, pour aider à la réduction, de porter le membre seulement dans la direction où l'on rencontre la moindre résistance, c'est-à-dire verticalement ou presque verticalement en haut.

Si la réduction par les procédés mentionnés ci-dessus échoue, on y ajoute la contre-extension en fixant l'extrémité de l'acromion avec les mains ou la plante du pied du chirurgien. On peut encore fixer l'acromion par une bande croisant l'épaule et s'attachant sur une deuxième bande qui passe dans le creux axillaire et sur la partie latérale du tronc.

Digitized by Google

Nathan Smith, de New-Haven, pratique la contre-extension sur le poignet opposé. Dans ces cas, les trapèzes se contractent, l'omoplate du côté affecté est attirée solidement vers la colonne vertébrale et l'omoplate opposée. Voici la manière dont procède Nathan Smith : deux aides font la contre-extension sur le côté opposé, tandis que le chirurgien pratique l'extension sur le poignet du membre luxé, en tirant d'abord en bas, puis en relevant peu à peu le bras, jusqu'à lui donner une position horizontale, et, enfin, en abaissant doucement le poignet. La réduction s'opère dans ces cas au bout de deux ou trois minutes.

Dans le procédé de Mothe ou de la traction dans l'abduction haute (décrit d'après Lejars), la contre-extension se fait par les deux mains d'un aide qui encadrent la partie postéro-supérieure de l'épaule et fixent l'acromion; il vaut mieux installer en même temps une traction passive au moyen d'une alèze pliée en cravate et attachée à quelque point fixe. Les deux chefs de l'alèze doivent passer obliquement au-dessus de l'épaule luxée. Pour plus de sûreté, dans les réductions laborieuses, on pourra recourir à une immobilisation plus complète de l'omoplate de la manière suivante : une alèze passe obliquement dans l'aisselle, une autre est appliquée sur l'acromion, et ses deux chefs, descendant en avant et en arrière, viennent se nouer sous le siège de la chaise; le chirurgien se place en arrière, le pied droit sur la chaise, le genou dans l'aisselle, contre le bord de l'omoplate, qu'il soutient et refoule.

La contre-extension établie, on commence la traction.

Premier temps. On embrasse d'une main la partie inférieure du bras au-dessus des condyles, et de l'autre on soutient l'avant-bras fléchi; on relève alors le bras dans l'abduction, progressivement, doucement, en tirant toujours dans son axe, jusqu'à ce qu'il soit dans le prolongement de l'épine de l'omoplate.

Second temps. Si la réduction ne s'opère pas pendant le premier temps, on passe au second : on abaisse brusquement le bras en bas et en dedans, au-devant de la poitrine d'un seul coup; on suit des yeux les progrès de la tête humérale, qui peu à peu s'abaisse et vient soulever les téguments axillaires; s'il le faut, on fait continuer les tractions par un aide, et avec les deux pouces on exerce la propulsion directe.

Dans la méthode d'Anger et Legros (méthode de traction élastique) on installe la contre-extension. L'extension se pra-

Digitized by Google

tique, sur le bras, au-dessus du coude, au moyen d'une anse de traction; on pose dans cette anse un tube de caoutchouc de la grosseur de l'index, long de 50 à 60 cm., et dont les deux extrémités se réfléchissent dans une anse de ficelle attachée à un point fixe; on tire sur ces bouts, jusqu'à ce qu'on ait obtenu le degré de traction voulu, et on les arrête alors par un nœud ou quelques bouts de corde. Le bras du malade est mis dans la position horizontale. Généralement, la réduction se fait au bout de 15 à 20 minutes.

Dans la méthode d'Avicenne (méthode d'impulsion ou de pression directe), le malade est assis sur une chaise. La main du chirurgien, portée dans l'aisselle du côté luxé, exerce une pression directe pour repousser la tête humérale en dehors. Avicenne dit que, chez les jeunes sujets, il suffit d'un seul médius glissé sous l'aisselle; pour les adultes on y porte les quatre doigts ou le pouce; en même temps, on établit la contre-pression sur l'acromion.

Dans le procédé de Desault, on croise les quatre doigts de chaque main sous l'aisselle, en appuyant d'autre part les deux pouces sur l'acromion.

Le procédé de Cooper (procédé du levier) est décrit comme suit par son auteur : Le malade doit être placé dans le décubitus dorsal, sur une table ou un canapé, et porté complètement sur le bord; le chirurgien enroule autour du bras, immédiatement au-dessus du coude, une bande sur laquelle il noue un mouchoir; puis il écarte le coude du tronc, et avec un pied reposant sur le plancher, il place le talon de son autre pied dans l'aisselle, de façon à appuyer sur la tête humérale, tout en demeurant lui-même assis à côté du blessé. Il tire alors sur le bras, à l'aide du mouchoir, par un effort continu qu'il soutient pendant trois à quatre minutes; à ce moment, dans les circonstances ordinaires, la tête humérale se réduit aisément; mais si on a besoin d'une force considérable, on peut remplacer le mouchoir par une nappe, sur laquelle plusieurs personnes peuvent tirer, le talon de l'opérateur demeurant toujours dans l'aisselle. Il faut fléchir l'avant-bras presque à angle droit sur le bras, parce que cette position met le biceps dans le relâchement, et par suite diminue la résistance.

A. Cooper remplace, dans certains cas, le talon par le genou. Faisant asseoir le malade sur une chaise basse, le chirurgien

Digitized by Google

place son genou dans l'aisselle du membre luxé, et pendant que d'une main il fixe l'acromion et l'omoplate, de l'autre il attire en bas l'extrémité inférieure de l'humérus.

Dans cette méthode, on semble ne pas s'occuper de la capsule, bien que la tête de l'humérus, par suite de la rotation de l'omoplate, se place dans une situation plus favorable par rapport à la déchirure capsulaire.

Dans la méthode du pendule de Simon, le malade doit être couché par terre, le long d'un banc ou d'une chaise, et le bras du côté opposé à la luxation fixé au thorax, afin d'enlever au malade tout point d'appui. Un aide monté sur la chaise saisit le membre luxé par le poignet ou l'avant-bras et le tire en haut, tandis que le chirurgien agissant sur l'épaule, pratique la réduction. Lorsqu'il faut un plus haut degré d'extension, on force l'élévation à l'aide d'un moufle, et on entoure les malléoles du malade d'un lacs, qui supporté par un aide, écarte du sol les pieds du malade, de sorte que celui-ci reste suspendu par le bras. Le mouvement de pendule qui se produit dans cette position facilite la réduction.

Toutes les méthodes que nous venons de passer en revue peuvent également être employées dans les formes de luxation de l'épaule dont nous nous occupons plus spécialement. Toutefois, plusieurs d'entre elles présentent l'inconvénient d'être assez compliquées.

Procédé par le coude.

La méthode la plus simple, la plus rationnelle, réussissant toujours très facilement est celle employée dans le service de M. le prof. Roux, c'est le procédé qu'il appelle « *par le coude* ». L'avant-bras étant fléchi sur le bras, on exerce de légères tractions horizontales sur l'humérus avec palpation axillaire.

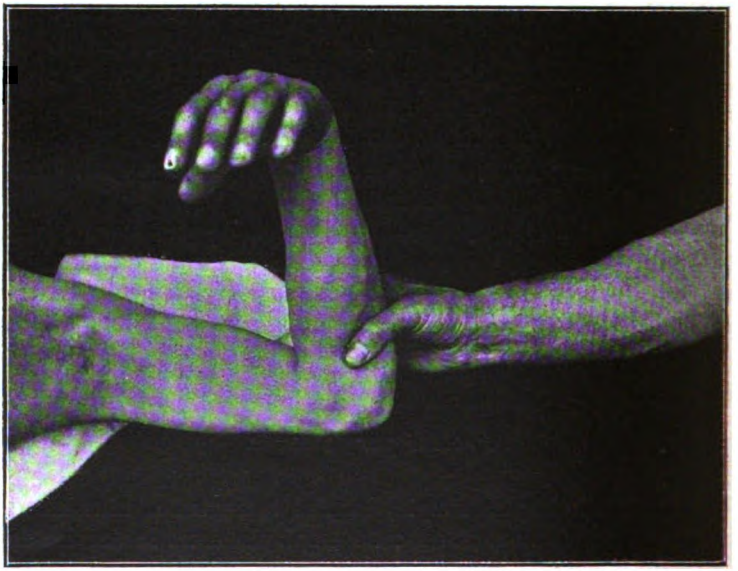
Voici la manœuvre pour une luxation à gauche :

Le malade est couché sur la table, le bras en abduction, à angle droit avec l'axe du corps; le chirurgien empaume le coude fléchi à angle droit ou un peu plus, avec sa main droite. Le pouce au-dessus et en avant de l'épitrochlée, les quatre doigts en arrière, de manière que la pulpe du médius puisse s'amarrer au-dessus et en dehors de l'épitrochlée, celle de l'in-

Digitized by Google

dex en dehors de la cupule du radius, il peut manier le bras d'une seule main et exécuter des rotations et des tractions sur l'humérus, laissant balancer l'avant-bras mollement dans la verticale. La main gauche cherche à reconnaître la tête humérale; elle aide le retour au moment où le malade relâche.

Il va sans dire qu'il s'agit plutôt d'un procédé d'hôpital, où le malade est le plus souvent endormi, par égard pour les souffrances qu'il a déjà endurées, mais il est si simple qu'il vaut la peine d'être signalé et d'être employé le premier, toutes les fois que la narcose est requise dans la réduction d'une luxation de fraîche date.



Nul doute que plus d'un chirurgien n'ait été « surpris » par une réduction de ce genre, en apparence spontanée, mais comme il suffit de laisser l'avant-bras étendu sur le bras pour que la réduction échoue avec la même manœuvre, il a paru utile, ou au moins intéressant, de publier quelques-uns des cas où ce procédé si simple, employé de parti-pris, a donné des succès faciles.

Nous donnons sept observations prises dans le service du prof. Roux, où ce procédé a été appliqué :

Digitized by Google

Observations personnelles.

Obs. I. — L. Y., agriculteur, âgé de 45 ans, se présente à l'Hôpital le 5 décembre 1901, avec le diagnostic de luxation sous-coracoïdienne du côté droit.

Le 4 décembre, le malade voulant couper une tranche de foin, son pied glissa, il tomba d'une hauteur de six mètres environ et donna de l'épaule droite sur une poutre qui longeait le plancher de la grange. Il se releva seul sans ressentir de grandes douleurs à l'épaule, ni ailleurs. Pendant la nuit, le bras enfla, et le lendemain, le malade se rendit chez un médecin, qui fit en vain des tentatives de réduction et l'envoya à l'hôpital.

Il se présente avec une énorme ecchymose du bras. La région sous-claviculaire est remplie; il y a une déviation de l'axe du bras qui se dirige vers l'apophyse coracoïde. La cavité articulaire est déshabitée; la tête de l'humérus se trouve dans l'axe du membre, c'est-à-dire sous l'apophyse coracoïde.

La réduction est faite par des légères tractions horizontales sur l'humérus avec simple palpation axillaire. Elle s'exécute facilement. On applique l'écharpe de Mayor, qu'on laisse cinq jours en place.

Obs. II. — A. P., âgé de 40 ans, agriculteur, se présente à l'Hôpital le 21 février 1902 avec une luxation sous-coracoïdienne secondaire de l'épaule gauche.

Le 20 il a été brusquement saisi à la partie supérieure du bras gauche par un camarade qui le tira en arrière. Au même moment, il ressentit une forte douleur dans l'épaule, douleur qui devint de plus en plus intense. Il remarqua que les moindres mouvements qu'il faisait avec son bras étaient douloureux et qu'il lui était impossible de l'élever.

A l'Hôpital on constate ce qui suit : L'épaule gauche est tombante, l'acromion fait fortement saillie, surmontant un aplatissement très marqué. Le moignon de l'épaule est porté en avant; l'axe du bras est dévié en avant dans sa partie supérieure. Le coude est éloigné du corps; l'impotence fonctionnelle est partielle. On enfonce toute la pulpe du pouce au-dessous de l'acromion dans la cavité glénoïde déshabitée. On trouve la tête humérale portée en avant, formant une masse arrondie à la face antérieure de l'épaule ; elle se trouve immédiatement au-dessous de l'apophyse coracoïde, dont la pointe arrive sensiblement à son milieu. En faisant faire au bras des mouvements de rotation, on sent la tête de l'humérus rouler sous les doigts.

La réduction a été opérée en narcose par de simples tractions horizontales sur le coude fléchi et la palpation axillaire. La réduction se fait très facilement et rapidement. Elle est maintenue par l'écharpe de Mayor qui est portée pendant quatre jours.

Digitized by Google

Obs. III. — Jean M..., âgé de 60 ans, entre à l'Hôpital le 2 juin 1906, avec une luxation axillaire de l'humérus droit.

Le 2 juin il traversait un champ et tomba le bras droit en avant. Il ressentit une douleur très vive dans le creux de l'aisselle et ne put plus se servir de son bras.

Il vient à l'Hôpital où on constate une déviation de l'axe de l'humérus, un méplat au lieu de la rondeur habituelle de l'épaule. Le bras est en abduction, le coude trop en avant. On constate la continuité de l'humérus, qui est intacte, et que l'on palpe dans le creux de l'aisselle.

La réduction se fait facilement par les tractions « sur le coude. »

Obs. IV. — Y. R..., âgé de 58 ans, cordonnier. Entre à l'Hôpital le 8 décembre 1904, avec une luxation sous-coracoïdienne secondaire gauche.

En déchargeant du bois, il a fait un faux pas et est tombé sur le sol en perdant connaissance. Revenu rapidement à lui, il sentit une douleur à l'épaule gauche.

A l'inspection on voit l'angle saillant que forme l'acromion de l'épaule gauche et la voussure qui occupe le creux sous-claviculaire en avant et en dedans de l'acromion. Sous la saillie de l'acromion en dehors, le deltoïde, dirigé verticalement à son insertion, fait avec la face externe du bras un angle largement ouvert en dehors. Le bras est tenu immobile, en abduction légère; son axe se dirige de bas en haut et de dehors en dedans. L'axe de l'humérus prolongé arrive à l'apophyse coracoïde. La longueur du bras, du pli du coude au pli axillaire antérieur, est plus courte qu'à droite.

A la palpation, on constate que la cavité glénoïde est déshabitée. Au niveau de la voussure du creux sous-claviculaire, on sent la tête humérale, mobile avec les mouvements du reste de l'humérus. Dans le creux axillaire, on constate la continuité entre la diaphyse et la tête humérale. Celle-ci se trouve sous l'apophyse coracoïde qui la partage en deux moitiés. La palpation est douloureuse. On peut obtenir passivement de légers mouvements d'abduction et de rotation ; les mouvements actifs sont nuls.

On réduit en narcose en exerçant sur le coude les tractions horizontales. Réduction facile et rapide.

Obs. V. — Paul B..., âgé de 34 ans, se présente à l'Hôpital le 25 avril 1906, avec une luxation sous-coracoïdienne secondaire du bras droit.

Il a glissé sur un parquet et a fait une chute en arrière et sur le côté droit. Il ne se rappelle pas s'il est tombé sur le coude ou sur l'épaule. Il sentit une vive douleur dans l'épaule droite. On le releva et on remarqua qu'il ne pouvait plus manier son bras droit, ni l'approcher du corps. Un médecin essaya la réduction, mais sans succès, et envoya le malade à l'Hôpital.

A l'inspection, on voit que le bras droit est écarté du corps. Quand on essaye de l'en rapprocher, on sent une résistance. Le moignon de l'épaule

Digitized by Google

droite est aplati. A la palpation, on constate que la tête de l'humérus se trouve en avant et au-dessous de l'apophyse coracoïde. Pas d'enflure; l'impotence fonctionnelle du bras est complète.

La réduction est très facile en narcose par le procédé « par le coude. » On laisse le bras dans l'écharpe de Mayor pendant trois jours.

Obs. VI. — S. D..., agriculteur, âgé de 53 ans, se présente à l'Hôpital le 11 juin 1906, avec le diagnostic de luxation sous-coracoïdienne du côté droit.

Il a déja eu, il y a douze à quinze ans, une luxation de l'épaule droite. Fonction complètement rétablie.

Cette fois ci, comme il appuyait un char de foin, le bras droit en élévation forcée, il glissa jusqu'au bas d'un talus et tomba par terre sur le côté droit. Il ne se rappelle pas s'il est tombé sur l'épaule, le coude ou la main. Il se releva seul, mais ne put plus se servir de son épaule droite. Il s'adressa le lendemain à un médecin qui essaya la réduction par le procédé de Kocher et par d'autres, « un peu tous », et qui, ne réussissant pas, conseilla au malade d'aller à l'Hopital.

A l'inspection, l'épaule droite est aplatie et abaissée, le bras est en abduction. A la palpation, on constate l'absence de la tête humérale au-dessous de l'acromion. Elle est palpable par l'aisselle sous la coracoïde. Pas de troubles de circulation du bras. Impotence fonctionnelle complète. L'axe du bras se dirige vers l'apophyse coracoïde. La cavité glénoïde est vide. Au-dessous de l'apophyse coracoïde droite, on sent la rondeur contrôlée par le creux axillaire.

Il s'agit probablement ici d'une luxation sous-coracoïdienne secondaire à une axillaire, à cause de l'échec de la méthode de Kocher (peut-être mal exécutée ?) et de l'étiologie probable.

La réduction en narcose « par le coude » est faite très facilement et très rapidement (à peine 30 secondes).

Obs. VII. — Le 22 juin 1906, arrive à l'ambulatorium de l'Hôpital, un paysan qui raconte qu'une planche de sa grange a manqué sous ses pieds et qu'il a passé par le trou. Retenu par le bras droit, il a frappé avec le gauche, sans savoir exactement de quelle manière.

L'épaule est aplatie, le bras en abduction, la tête humérale est fixée sous le bec de la coracoïde, mais cependant moins intimément que dans la luxation sous-coracoïdienne typique.

Il semble possible qu'on ait affaire à une luxation sous-coracoïdienne secondaire.

Le malade étant assis sur une chaise, on décide d'essayer le procédé « par le coude » avant tout autre. Un aide s'empare du bras. Comme il le saisit brusquement, on prie un autre de prendre doucement « par le coude. » Au moment ou l'humérus est à l'horizontale et que l'aide commence à tirer : « Quel âge avez-vous ? » — « 66 ans ». — C'est fait. Le cinématographe seul aurait pu enregistrer la manœuvre; et encore !

Digitized by Google

Narcose dans la réduction des luxations.

Malgaigne conseille d'avoir recours au chloroforme toutes les fois qu'on veut relâcher les muscles.

Richet et Gosselin parlent du danger que présente le chloroforme. Gosselin surtout proteste contre l'emploi de la narcose dans la réduction des luxations, se basant sur l'état de stupeur des malades ayant subi des traumatismes graves.

Billroth insiste sur la nécessité de n'employer qu'une quantité minime de chloroforme.

Morel-Lavallée pense que l'emploi du chloroforme présente des dangers à cause de la sensibilité abolie; de graves ruptures peuvent se produire pendant les tentatives de réduction sans qu'on en soit averti.

Desprès insiste sur le danger du chloroforme pendant la réduction des luxations.

Sédillot a remarqué le danger du chloroforme, lorsqu'on en pousse trop loin l'emploi.

Voici maintenant l'opinion émise par le Prof. Kocher à ce propos : « L'usage si répandu, et souvent irréfléchi, du chloroforme doit être considérablement restreint, parce qu'on peut éluder et souvent même utiliser la tension des muscles. La réduction, facile sous l'influence de l'anesthésie, de luxations qui avaient résisté à divers moyens de traitement, ne prouve qu'une chose, l'inopportunité des méthodes employées. On ne saurait y voir un argument en faveur du chloroforme. Il n'est pas très rare de voir toutes les tentatives de réduction échouer entre les mains de tel chirurgien, et cela même avec l'aide de l'anesthésie, tandis qu'un autre procédé, sans le secours du chloroforme, conduit immédiatement au but. D'une manière générale, le chloroforme n'est indiqué que dans les luxations irrégulières et invétérées. »

Traitement consécutif à la réduction des luxations de l'épaule.

Après la réduction, le coude doit être porté dans le sens du déplacement et maintenu dans cette position, le bras fixé contre le thorax. On applique une écharpe de Mayor. L'immobilisation ne doit pas être prolongée au delà de trois à quatre jours. A ce

Digitized by Google

moment, on commence à faire le massage du deltoïde, du grand pectoral, des muscles péri-scapulaires et du bras.

Les mouvements passifs sont très recommandés, excepté ceux qui reproduisent le mécanisme de la luxation. Les séances de massage et de mouvements doivent être journalières, et, entre deux, on permet au malade de faire ce qu'il veut.

Au bout d'une semaine, on peut complètement enlever l'écharpe et continuer la mobilisation passive et active.

Indications.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une luxation sous-coracoïdienne, il ne faut jamais oublier la possibilité d'un déplacement secondaire. Ce n'est qu'une anamnèse exacte qui pourra, lorsque les renseignements sont catégoriques, faire prévoir l'échec du procédé de Kocher.

Dans la luxation sous-coracoïdienne typique ce procédé réussit toujours.

La luxation sous-coracoïdienne secondaire est spontanée dans certaines formes étiologiques de luxation axillaire; le plus souvent elle succède à de vaines tentatives de réduction sur des luxations axillaires ou intracoracoïdiennes.

Dans la luxation intracoraïdienne la déchirure du ligament coraco-huméral, sur la tension duquel on spécule pour réduire d'après Kocher, peut rendre ce procédé inefficace. Dans la luxation axillaire avec déplacement sous-coracoïdien secondaire, c'est l'intégrité de la partie antérieure de la capsule qui empêchera ce procédé de réussir.

Quand l'anamnèse est peu claire, l'échec du procédé de Kocher doit faire songer immédiatement à ce déplacement secondaire et à la nécessité d'un changement de manœuve.

A la Clinique chirurgicale de Lausanne, c'est le procédé de Kocher seul qui est démontré et utilisé pour la réduction des luxations sous-coracoïdiennes typiques, fraîches et invétérées, et c'est en particulier pour ces dernières qu'il présente sur les autres procédés une supériorité incontestable. Mais lorsque, pour les raisons que nous avons indiquées, il ne peut pas réussir, lorsque surtout on est forcé de recourir à la narcose, c'est le procédé que nous avons cité dans nos observations qui est le plus facile et le plus simple, si simple qu'il réussit souvent pendant que le chirurgien, tenant d'une main le coude fléchi à

Digitized by Google

angle droit, cherche avec les doigts de l'autre main en fouillant l'aisselle à se rendre compte de l'endroit où la capsule est déchirée.

Plusieurs fois cette réduction « par surprise » s'est produite au moment où, un candidat ayant fait une tentative infructueuse (parce que mal conduite) de réduction à la Kocher, on cherchait à éliminer sûrement la possibilité d'une luxation sous-coracoïdienne secondaire.

Conclusions.

I. Pour réduire une luxation de l'épaule on doit éviter la narcose.

II. Pour les luxations sous-coracoïdiennes typiques, le procédé de Kocher réussit toujours. Il n'exige pas la narcose.

III. Lorsqu'il échoue, on peut être sûr qu'il s'agit d'une luxation pseudo-sous-coracoïdienne, c'est-à-dire avec déplacement secondaire (axillaire, intra-coracoïdienne, intra-claviculaire).

IV. Ce déplacement secondaire est quelquefois spontané. Le plus souvent il est consécutif à des tentatives de réduction.

V. Comme conséquence on sera souvent forcé d'accorder au malade le bénéfice de l'anesthésie générale.

VI. Toutes les fois qu'on aura recours à la narcose, on essaiera en premier lieu le procédé « par le coude. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Nélaton. Pathologie chirurgicale.
Malgaigne. Traité des fractures et des luxations.
Kocher. *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1870.
Duplay et Reclus. Traité de chirurgie.
Hoffa. Fracturen und Luxationen.
Hamilton. Traité des fractures et des luxations (Traduct. Poinsot).
Tillaux. Traité d'anatomie topographique.
Testut. Traité d'anatomie.
Velpeau. *Archives générales de médecine* 1837.
Carafi. *Revue de chirurgie.* 1881.
Sédillot et Gross. In *Dict. encycl. des Sc. méd.* Art. Luxations.
Billroth. Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie.
Valette. In *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.* Art. Luxations.
Rigaud. *Bull. de l'Acad. de méd.* de Paris, 1876.
Boyer. Traité des maladies chirurgicales, t. IV p. 67, 1822.
Hippocrate. Oeuvres complètes, édit. Littré, t. IV p. 317.

Digitized by Google

Contribution à l'étude de l'incontinence nocturne

Par le Dr Perrin, Lausanne.

Cette étude, destinée à être présentée à une séance de la *Société vaudoise de médecine*, résultat d'observations basées sur 36 cas, était terminée depuis plusieurs mois, quand parut dans les numéros du 1er et du 15 septembre dernier du *Korrespondenzblatt für Schweizer Aertzte* l'intéressant travail du Dr Zangger sur le même sujet. Malgré le grand intérêt que présente ce travail et sa richesse en données littéraires relatives à la matière traitée, je me décide à publier cette étude telle qu'elle était, sans entrer dans des considérations qu'aurait pu susciter le point de vue différent auquel se place le Dr Zangger, et les conclusions divergentes qui en résultent.

Les nombreux cas que j'ai vus depuis une année à peu près, c'est-à-dire depuis la terminaison de la classification des cas qui ont servi pour base à cette étude, n'ont fait que me confirmer dans ma manière de voir. Si je voulais tenir compte de ce matériel, il n'en résulterait qu'un seul fait nouveau, dû au hasard peut-être, c'est la beaucoup plus grande fréquence des fillettes qui se sont présentées, atteintes d'énurèse, dans le courant de cette dernière année.

Eulenburg [1] donne de cette affection, si fréquente, la définition suivante : L'incontinence nocturne est une anomalie fonctionnelle sui generis : *elle consiste en mictions nocturnes involontaires, l'état de l'urine, des voies urinaires et de l'organisme en général étant parfaitement normal.*

C'est une affection de l'enfance, pouvant, il est vrai, persister jusqu'à un âge fort avancé.

Tantôt l'enfant, après avoir mouillé ses langes, continue à mouiller ses draps; tantôt, après avoir été propre pendant un certain temps, il recommence à mouiller son lit.

On est frappé en parcourant la littérature du grand nombre d'opinions différentes émises par les auteurs, et de la variété des explications cherchées à ce trouble fonctionnel. On a parlé de dyscrasies générales, de rachitisme, de scrofule, d'anémie et de pléthore; on a accusé l'helminthiase, les fissures à l'anus, le phimosis, d'être les causes primaires de cette affection. On a

[1] Encyclopedie der gesammten Heilkunde.

Digitized by Google

pensé à une névrose du col vésical et à une hyperesthésie de la muqueuse de la vessie.

Eulenburg estime que chez certains individus le sphincter vésical n'est pas développé en proportion des muscles compresseurs, de sorte que l'action de ces derniers prédomine. Il cite à l'appui de sa manière de voir : 1° le fait que l'incontinence nocturne cesse d'habitude à l'âge de la puberté, lorsque la prostate et le sphincter interne ont pu se développer à leur état définitif, 2° la statistique qui démontre, en effet, la beaucoup plus grande fréquence de cette affection chez les garçons que chez les filles, preuve de l'influence du développement plus ou moins complet de la prostate.

Guyon [1] admet avec Desault, comme cause prédisposante de l'énurèse, une irritabilité excessive de la vessie, et, comme cause déterminante, la négligence à obéir aux premières sensations du besoin d'uriner. Selon lui le besoin d'uriner se fait sentir si subitement et avec une telle violence que l'enfant vide sa vessie, d'un jet, avant d'avoir eu le temps de percevoir la sensation de « besoin », de « vessie pleine ». Guyon a trouvé, contrairement à l'opinion d'Eulenburg, que les filles et les garçons sont atteints en proportions à peu près égales; il n'est pas d'avis que la puberté en elle-même ait une influence marquée sur la durée de la maladie.

Ce n'est que depuis quelques années seulement que les otologistes ont publié des observations établissant la fréquence de l'énurèse nocturne chez les enfants atteints de végétations adénoïdes; j'ai constaté le même fait dans bon nombre de cas que j'ai eu l'occasion d'examiner.

Au point de vue du moment auquel se produit l'accident, les opinions divergent et les statistiques aboutissent à des résultats absolument opposés; tandis que les uns prétendent que la vessie se vide toujours dans les premières heures de la nuit, lors du premier et du plus profond sommeil, d'autres estiment que c'est le matin surtout que cette miction involontaire se produit le plus fréquemment. Pour les uns la vessie évacue subitement en une seule fois tout son contenu pendant la nuit, tandis que d'autres l'ont vue chez le même individu se vider à peu près régulièrement deux et même trois fois dans une même nuit.

Je tiens à signaler pour éviter tout malentendu, qu'en par-

[1] Traité des maladies des voies urinaires.

Digitized by Google

lant d'incontinence nocturne nous avons en vue uniquement les cas de *vraie « incontinence nocturne »* chez de jeunes sujets ; ces cas sont du reste de beaucoup les plus fréquents ; ce sont ceux où dans la journée, à l'état de veille, tout se passe absolument normalement, et où l'*incontinence ne se produit que pendant le sommeil.* Je ne m'occuperai donc pas ici de ces cas de vessies paraissant munies d'un sphincter insuffisant (*Blasenschwäche* des Allemands) dans lesquels le besoin d'uriner se manifeste aussi pendant le jour d'une façon si brusque et impérieuse que l'enfant n'a pas le temps de faire les préparatifs d'usage, avant de lui céder. Nous verrons du reste plus tard que, au point de vue thérapeutique, il n'y a aucune nécessité de tenir grandement compte de ces variétés, et ce n'est qu'au point de vue physiologique que je tiens à les différencier.

Si nous passons en revue les divers modes de traitement, tant internes qu'externes, préconisés dans les cas d'incontinence nocturne par les auteurs, nous rencontrons la même variété d'opinions, et l'emploi de médicaments appartenant parfois aux classes les plus opposées au point de vue de leur action thérapeutique.

Avant d'énumérer ces divers modes de traitement et les différents moyens préventifs qui ont été conseillés et essayés, pour la plupart sans grand succès, remémorons ce que disent les physiologistes, sur la façon dont se produit normalement le besoin d'uriner. Cela nous permettra de mieux apprécier à leur juste valeur les agents thérapeutiques.

Pour les uns, c'est dans la vessie même que se produit la sensation qui par réflexe oblige l'individu à la vider ; selon eux, ce serait la sensation de distension du muscle compresseur qui provoquerait le réflexe. Pour d'autres c'est l'irritation de l'orifice interne par le contact de l'urine sous haute pression qui produirait cet effet.

Je me rallie à cette dernière manière de voir pour les motifs suivants :

1° Le besoin d'uriner croît en proportion directe avec l'augmentation de la quantité d'urine contenue dans la vessie.

Nous avons la preuve que l'orifice interne est en première ligne intéressé lors de la distension de la vessie, cette augmentation de volume se faisant au dépens du segment inférieur par distension de l'urètre postérieur qui dans les cas de plénitude maximale ne forme qu'une cavité avec la vessie. Ce qui nous

Digitized by Google

prouve qu'il en est bien ainsi, c'est ce qu'on observe chez les individus atteints d'urétrite postérieure. En faisant l'examen de leur urine par le procédé des deux verres, nous trouvons que, lorsque la vessie est distendue, régulièrement les deux portions recueillies sont troubles, tandis que la seconde portion est toujours claire chez le même malade, quand la vessie ne contenait que peu d'urine. Dans le premier cas tout le contenu de la vessie avait pu se troubler, car il avait été en contact avec les parois de l'urètre postérieur en suppuration; dans le second cas, l'urine recueillie dans le second verre, n'ayant pas touché les parois de l'urètre, restait propre dans le réservoir vésical et sortait claire, le premier jet ayant lavé le canal.

2° Ce qui me paraît aussi prouver que c'est le contact de l'urine avec la muqueuse urétrale qui produit le « besoin », c'est le fait qu'un individu qui a commencé d'uriner, qui a permis à une première goutte d'urine d'entrer en contact avec la muqueuse du canal, ne peut plus s'arrêter d'uriner qu'avec peine.

3° Un troisième fait à l'appui, c'est que le fréquent besoin d'uriner est précisément un symptôme d'irritation de cette partie de l'appareil; dans une cystite, la moindre goutte d'urine provoque un besoin irrésistible d'uriner. Il en est de même dans l'urétrocystite, affection dans laquelle le cystoscope nous démontre l'absence totale de lésions en dehors de la région du col.

4° Une grosse bougie provoque au premier moment, même chez un individu sain, « l'envie d'uriner », que la vessie soit pleine ou vide.

5° Lors du massage de la prostate, le malade accuse l'envie d'uriner au moment où une goutte de liquide prostatique vient se déverser dans le canal urétral.

Ce point de départ vésical du besoin d'uriner précisé, et qui est, selon nous, comme nous venons de le dire, la muqueuse de l'urètre postérieur, tout le monde est d'accord sur ce qui se passe lors de la miction normale : De la vessie, la sensation est transmise au centre génito-spinal de la mœlle lombaire, et de là aux centres percepteurs et moteurs cérébraux qui, suivant les circonstances, permettent au constricteur de se contracter et de vider la vessie, ou font entrer en fonction un centre d'arrêt.

Les médicaments et les traitements préconisés ont été, nous

Digitized by Google

l'avons dit, des plus divers et représentent les classes les plus opposées au point de vue thérapeutique.

On a employé non sans succès la noix vomique et la strychnine. La morphine, le chloral, les bromures, qui ont été tout aussi chaleureusement recommandés par leurs partisans, ont aussi dans beaucoup de cas donné des résultats satisfaisants, mais l'emploi des uns et des autres ne représente pas une médication à effet régulier et constant et, tout en réussissant dans certains cas, se montre absolument inefficace dans d'autres.

On a cherché aussi à prévenir l'énurèse par des moyens plutôt pédagogiques :

En privant les enfants le soir de liquides et de fruits, en diminuant la diurèse, la vessie, moins vite remplie, a évidemment moins de raisons pour se vider. L'affection se manifeste du reste beaucoup moins en été, lorsque les enfants ont des sueurs abondantes, qu'en hiver où « le trop de liquide » n'est éliminé que par les reins. En admettant que le moyen réussisse, le résultat ne saurait être appelé une guérison, si l'incontinence n'est supprimée qu'à condition que la vessie ne soit pas pleine.

En considération du fait que c'est le col qui est la partie sensible, on a cherché à retarder autant que possible le moment où le niveau de l'urine devait atteindre cette région de la vessie ; on a rehaussé pour cela le pied du lit par rapport à la tête, ce qui a donné parfois, assez rarement du reste, de bons résultats.

Mais on ne s'en est pas tenu là. On a eu recours à des moyens vraiment barbares. On a prétendu que « l'accident » arrivait plus fréquemment l'enfant étant couché sur le dos. On a cherché à l'empêcher de s'endormir dans cette position en lui attachant une brosse sur le milieu du dos. La « Policlinique de Glaris » et d'autres instituts semblables de bien public (!!!) recommandent des instruments qui servent à pincer mécaniquement le prépuce et doivent rester en place toute la nuit. Cette pratique, d'une barbarie moyen-âgeuse occasionne des souffrances bien inutiles à l'enfant, sans aucune utilité du reste, et, vu la sensibilité des tissus intéressés, n'est pas sans danger. Nous ne nous ferions pas un honneur de la mentionner sérieusement comme faisant partie des moyens thérapeutiques usuels de notre époque.

On a eu recours, avec de bons résultats, dans des cas assez nombreux, à la suggestion avec ou sans hypnose.

Digitized by Google

On s'est adressé à l'électricité et spécialement au courant faradique. Je n'ai trouvé mentionnées par les auteurs que deux façons d'application de celui-ci. Un pôle indifférent était toujours placé, soit sur le ventre, soit sur la mœlle lombaire; et l'autre pôle vis-à-vis, ou bien le pôle actif était placé dans le rectum. Les résultats sont suivant les différents auteurs assez variables; aucun ne les a trouvés parfaitement satisfaisants.

J'ai sous les yeux les observations de 36 cas d'incontinence nocturne simple. Je ne les rapporterai pas toutes; elles se ressemblent sur tant de points que cela m'amènerait à trop de répétitions. Je me bornerai donc à signaler les *faits constants* et les plus saillants que j'ai constatés et à en tirer les conclusions au point de vue physiologique et thérapeutique, qui m'ont paru en ressortir.

L'âge des malades qui ont fait l'objet de ces observations varie de 3 à 17 ans; il n'y a que trois filles sur ces 36 malades.

Les uns mouillaient leur lit *le soir* surtout; une grande partie deux fois dans la nuit. Onze étaient atteints de végétations adénoïdes.

A peu près tous avaient eu recours à tous les moyens pédagogiques connus, et avaient subi les traitements internes d'usage. Une amélioration passagère s'en était suivie chez quelques-uns, chez les autres les résultats obtenus avaient été nuls.

Ce qui me paraît ressortir le plus clairement de ces observations, et ce qui se présente comme un fait constant, c'est que tous les enfants dormaient d'un sommeil profond, et que leurs parents questionnés à ce sujet affirment tous avoir constaté que lorsqu'ils les tiraient de leur sommeil pour les faire uriner, ils ne se réveillaient d'abord que très difficilement, et souvent n'arrivaient même pas à le faire complètement. Plusieurs d'entre eux pouvaient se lever, chercher leur vase, se recoucher dans un état de demi-lucidité, ne ressembant qu'en apparence à un réveil réel, et en effet questionnés le matin, ils ne se souvenaient de rien.

Ce fait, le seul saillant et constant présenté par tous ces petits malades, me paraît démontrer que c'est là en réalité qu'il faut chercher la cause effective de l'énurèse. Les enfants urinent au lit parce qu'ils dorment trop profondément pour percevoir le besoin d'uriner quand il se manifeste.

Digitized by Google

Au point de vue physiologique l'énurèse se produit simplement par le fait du non-fonctionnement des centres **cérébraux** *et la vessie se vide par un réflexe ordonné directement par le centre spinal.*

Cette manière de voir nous ferait comprendre pourquoi toute mesure d'éducation reste inefficace, malgré toute la bonne volonté de l'enfant, et que dans ces circonstances toute punition est injuste.

Elle nous expliquerait pourquoi une serviette nouée derrière le dos, ou une brosse placée au même endroit, réussit parfois à empêcher l'accident, non pas parce que l'enfant urinerait plus facilement étant couché sur le dos, mais parce qu'il a toutes les chances en se remuant et se retournant d'être gêné par sa bosse artificielle et d'être ainsi réveillé au moins une fois dans la nuit.

Au point de vue thérapeutique, si l'incontinence est due à une perception insuffisante du besoin d'uriner de la part du centre cérébral, soit par habitude, soit parce que les organes périphériques ne réagissent que trop facilement et imparfaitement, il me parait évident qu'en développant la sensibilité de ces organes périphériques, en les stimulant pour ainsi dire, l'on devait nécessairement arriver à rétablir les rapports normaux entre l'irritant physiologique et son centre de perception.

Je choisis, de préférence aux instillations de nitrate d'argent sur le col de la vessie, qui certainement atteindraient également le but, mais ne sont pas inoffensives, le *courant faradique.*

Celui-ci me paraît faire en quelque sorte l'éducation du sphincter interne; par les contractions rapides et fréquentes qu'il fait exécuter à ce muscle, il habitue le malade à la sensation de l'activité de son sphincter, réveille ce que Schiff appelle « la sensation musculaire ».

Pour que le courant agisse sur toute la longueur de l'urètre postérieur, du col au sphincter externe, je me suis fait construire un instrument spécial, fort simple du reste.

Une bougie en gomme porte à son intérieur un conducteur métallique, isolé de toute part sauf sur une longueur de 5 cm. à une distance de 2 cm. de son bec.

Cette bougie, dont les dimensions varient suivant les proportions du sujet à traiter, placée comme une vulgaire bougie métallique, reçoit un des fils conducteurs venant d'un appareil de Ruhmkorff, le pôle indifférent étant placé soit sur le ventre, soit sur la mœlle dans la région lombaire.

Digitized by Google

Ce traitement ne m'a donné que de bons résultats. Je ne connais pas de cas où il n'ait pas réussi; il est vrai que j'ai perdu de vue plusieurs petits malades qui paraissaient guéris lors de la cessation du traitement. J'ignore s'ils ont présenté des rechutes, quoiqu'il soit à supposer qu'en ce cas je les aurais revus.

Le traitement demande en général une vingtaine de séances. D'habitude après cinq à six survient une amélioration apparente ; il se produit des rechutes, et au bout d'un certain temps seulement la guérison s'établit définitivement.

C'est probablement de la même façon qu'agit la cystite lorsqu'elle guérit une incontinence rebelle à tout traitement; la littérature n'est pas pauvre en observations de ce genre.

Deux conditions me paraissent indispensables pour obtenir un résultat.

Pour tonifier le muscle sphincter, il faut (comme cela se fait couramment pour les muscles striés des membres et du corps en général, par l'entraînement, la gymnastique suédoise, les massages) que ce muscle subisse une impulsion à laquelle il puisse donner suite; il faut que la fibre ait le temps d'entrer en contraction et de se relâcher lors de chaque interruption du courant faradique. Cela n'est pas le cas lorsqu'on se sert d'une bobine Ruhmkorff à interrupteur ordinaire; les interruptions sont alors beaucoup plus brusques et trop précipitées ; il importe par conséquent de se servir d'un interrupteur lent pouvant se régler jusqu'à 40 interruptions seulement par minutes. En faradisant avec l'interrupteur ordinaire, l'on ne fait qu'assommer le muscle au lieu de le tonifier.

Il paraît aussi de grande importance que l'un des pôles soit appliqué sur le sphincter lui-même et non seulement dans son voisinage, comme le recommandent plusieurs auteurs.

Pour résumer ce qui me paraît ressortir de mes observations:

1° L'incontinence *nocturne essentielle* n'implique nullement la faiblesse organique du sphincter. (Cette faiblesse, s'il en était autrement, devrait nécessairement se manifester au même taux à l'état de veille).

2° L'incontinence nocturne est due neuf fois sur dix à un sommeil trop profond.

Ce profond sommeil, en éliminant l'action des centres cérébraux, qui pendant l'état de veille règlent les fonctions vési-

Digitized by Google

cales, *transforme la miction en un réflexe médullaire.* (Ce réflexe paraît résulter d'une intoxication par l'acide carbonique due à une respiration insuffisante : végétations adénoïdes, polypes nasaux, goître, etc.)

3° Le sexe n'est pour rien dans l'étiologie de cette affection.

4° La puberté n'a aucune influence essentielle sur l'incontinence nocturne.

5° Le développement plus ou moins complet de la prostate en a été *à tort* rendu responsable, car l'incontinence persiste fréquemment plusieurs années après la puberté chez des malades du sexe masculin et les fillettes sont aussi fréquemment atteintes d'énurèse que les garçons.

6° Le froid favorise les accidents nocturnes. La chaleur est favorable aux malades indépendamment du fait que, par les sueurs qu'il favorise, une grande partie des liquides de l'organisme sont éliminés par la peau.

7° Le malade étant au moment de la miction parfaitement inconscient, l'éducation, la suggestion, les punitions sont complètement inefficaces.

8° Les médicaments internes dont l'expérience a démontré l'utilité dans certains cas sont tous ou des excitants, ou des calmants; les premiers agissent en stimulant — *en réveillant* en quelque sorte — les cellules cérébrales, les seconds agissent en augmentant la tolérance de la vessie et en modérant les réflexes spinaux.

Conclusions. — 1° Il est nécessaire de s'informer de l'état du sommeil du petit malade.

2° Le sommeil anormal étant constaté, on en recherchera les causes dans chaque cas particulier.

3° Ce n'est qu'après examen et, le plus souvent, *intervention* du laryngologiste, que l'on pourra utilement entreprendre le traitement de l'énurèse.

4° Un traitement local sera le plus souvent nécessaire par le fait que, grâce à la longue durée de l'affection, le malade a perdu l'habitude de se servir de ses centres modérateurs réflexes et n'éprouve plus, par conséquent, que d'une façon obtuse le sentiment de la « vessie pleine ». Ces voies nerveuses éliminées depuis longtemps pendant le sommeil, ont subi une sorte d'atrophie par inactivité. Il s'agit donc de rétablir le rapport entre le centre cérébral et l'organe, de familiariser à

Digitized by Google

nouveau l'enfant avec la sensation du « besoin d'uriner » aussi pendant le sommeil.

Ce but peut être atteint facilement par des massages tonifiants du muscle sphincter par l'intermédiaire du courant faradique *à interruptions lentes*. Les résultats obtenus par ce procédé m'ont semblé parfaitement satisfaisants et paraissent confirmer les considérations théoriques.

Les quelques observations qui suivent représentent quelques types divers avec leurs caractères communs et leurs variations résultant de l'âge et du sexe.

Ce qui frappe de prime abord, c'est la constance d'un profond sommeil, la fréquence des affections nasales et la grande rareté de la cystite, pourtant si souvent incriminée par les auteurs.

Obs. I. — Garçon de 9 ans, intelligent, d'excellente apparence, élevé dans un orphelinat ; son enfance a été négligée ; il mouille son lit souvent deux fois dans la nuit. Plusieurs traitements internes ainsi que les punitions ont été sans effets sur son affection. Le directeur de l'orphelinat a remarqué que son *sommeil est profond* et est suivi d'un *réveil lent et pénible*. Pas de végétations adénoïdes et pas de cystite.

Première faradisation le 22 octobre. Il ne mouille plus depuis le 5 jusqu'au 9 novembre, rechute le 10, puis guérison ininterrompue. Dernière faradisation le 22 novembre. Le malade est resté guéri jusqu'à aujourd'hui.

Obs. II. — Fillette bien développée pour son âge, élevée dans un orphelinat. Ne mouille que la nuit et cela depuis une année seulement, après un refroidissement ; ne mouille jamais deux fois dans la nuit et laisse souvent passer deux ou trois nuits sans le faire. Pas de cystite, elle retient facilement son urine pendant la journée, pas de végétations. Sommeil profond, mais réveil facile et complet lorsqu'on l'appelle. On lui suppose un peu de paresse.

Première faradisation le 22 octobre. Le 8 novembre guérison complète et définitive.

Obs. III. — Jeune fille de 21 ans, qui a mouillé de tout temps périodiquement, en hiver plus qu'en été, souvent après avoir mangé des fruits le soir. Etat général bon ; aucun symptôme de rhumatisme. Sommeil normal, pas de végétations adénoïdes. *Légère cystite.*

Instillations le 30 octobre, le 2, 4 et 6 novembre ; interruption du traitement à cause de l'apparition des règles ; instillations les 13, 15 et 18 novembre, puis faradisations les 20, 22, 25 et 27 novembre. Examen le 29. La malade n'a plus mouillé pendant ce temps, n'a pas eu de rechute. Elle est restée guérie jusqu'à aujourd'hui.

Digitized by Google

Obs. IV. — Garçon de 4 ans, qui a mouillé son lit de tout temps. Sa mère croit avoir observé que, pendant la journée aussi, il urine plus souvent que normalement, mais il ne mouille, toutefois, jamais ses pantalons. Son lit est souvent mouillé le soir, ou bien le matin ou à toute heure de la nuit. Son sommeil est, d'après sa mère, plus profond que chez la plupart des enfants, il peut se lever, uriner, se recoucher sans être réveillé. Le laryngologue auquel je l'adresse constate chez lui l'existence de végétations adénoïdes qu'il opère.

Huit jours après, première faradisation. Guérison au bout de seize jours. Pas de récidive depuis une année.

Obs. V. — Jeune fille 16 ans et demi qui, dès sa première enfance, a plus ou moins souffert d'incontinence nocturne, surtout depuis une fièvre typhoïde dont elle a été atteinte à l'âge de huit ans. Depuis lors, état à peu près stationnaire. Incontinence périodique avec des intervalles de huit à quinze jours. Pendant son enfance, elle ressentait aussi, pendant la journée, le besoin d'uriner d'une façon impérieuse. Depuis plusieurs années, son état est normal de jour et il est meilleur en été qu'en hiver ; elle est sujette au froid aux pieds. Elle a été opérée pour végétations adénoïdes, en avril 1905. *On avait remarqué que son sommeil était très lourd* et elle s'en était plaint elle-même. Depuis l'opération, le sommeil est remarquablement plus léger. Chose curieuse, si elle mange une pomme crue le soir, sa nuit est sèche. La miction se produisait, autrefois, plusieurs fois dans la même nuit ; dans ces derniers temps, une fois seulement le matin.

Faradisations pendant dix-sept jours. La jeune fille n'urine plus au lit dès la première semaine ; elle part en vacances le dix-huitième jour et revient guérie et l'est restée jusqu'à ce jour, soit depuis onze mois.

Obs. VI. — Garçon de 7 ans, excellente constitution, éducation bien surveillée. Il n'a cessé de mouiller son lit depuis sa première enfance. Fils d'un médecin, il a subi de nombreux traitements sans succès. *Il a le sommeil profond, son réveil est très long et incomplet.* Un laryngologue, consulté, lui a trouvé une anomalie du nez rendant la respiration par le nez insufisante.

Opération, puis faradisations pendant quinze jours. Guérison. Aucune rechute après neuf mois écoulés depuis le traitement.

Obs. VII. — Fillette de 9 ans. Bonne constitution. Education bien surveillée. La paresse ne peut être soupçonnée, l'enfant est très affectée de son infirmité. *La mère a été frappée de la peine qu'a l'enfant à se réveiller complètement* quand on la lève la nuit et en parle sans avoir été questionnée à ce sujet. Pas de végétations adénoïdes, mais *respiration gênée* par une autre affection nasale.

Traitement par un laryngologue, puis faradisations ; l'enfant n'urine plus au lit après la troisième séance. Elle est restée guérie depuis six mois.

Digitized by Google

Obs. VIII. — Fillette de 7 ans, sœur de la précédente ; elle entre en traitement en même temps que celle-ci. Même affection du nez, mêmes observations. Elle reste rebelle au traitement pendant huit jours, puis n'urine pas au lit pendant trois jours. Rechute. Faradisations pendant quinze jours. N'urine plus au lit et n'a pas eu de rechute depuis six mois.

Obs. IX. — Jeune garçon de 16 ans, élevé à l'hospice. Il mouille son lit dès son jeune âge. Devant faire un apprentissage, il en est à son troisième patron, étant toujours renvoyé à cause de son infirmité. Sa commune, qui ne voulait plus s'occuper de lui, consent à le replacer s'il est guéri. Une dame patronesse de l'hospice prend pitié de lui et me l'amène.

Faradisations pendant huit jours. Le malade n'a plus mouillé son lit dès la première séance. Un an plus tard, il m'écrit une lettre éplorée m'annonçant qu'il a uriné au lit la nuit précédente. Il avait rêvé qu'il se trouvait dans un endroit où cela était permis. Ce fait ne rentre évidemment pas dans le cadre de l'incontinence. Du reste, depuis cinq ans, le jeune homme est resté guéri.

Obs. X. — Garçon de 10 ans qui mouille son lit depuis sa naissance ; il est de bonne constitution. Il n'a pas l'air intelligent et est d'une grande indifférence. Une éducation trop sévère paraît l'avoir entravé dans son développement. *Son sommeil est très profond ;* il dort la bouche ouverte, est somnambule. Végétations adénoïdes constatées et opérées par un laryngologue.

Après trois faradisations, trois nuits sèches. Pendant la suite du traitement, intermittences de nuits sèches et de draps mouillés. L'indifférence parfaite de l'enfant permet d'admettre que la paresse n'est pas étrangère à cet insuccès.

RECUEIL DE FAITS

Phlébite infectieuse du sinus caverneux

par le Dr C.-G. Yersin (Payerne).

Les phlébites des sinus de la dure-mère ne sont pas rares, mais, le plus souvent, on ne peut qu'en soupçonner l'existence, parce que leurs symptômes sont presque toujours voilés par ceux de l'affection dont ils sont la conséquence. Ce ne fut cependant pas le cas dans le fait que je relate ici :

Je fus appelé un jour, auprès d'une jeune fille qui souffrait, me dit-on, d'un érysipèle. Cette malade présentait, en effet, à la racine du nez, un petit abcès dû au frottement des lunettes

Digitized by Google

qu'elle portait par suite de myopie. La paupière supérieure de l'œil droit était le siège d'un léger œdème rose et transparent. La fièvre était modérée, le pouls bon et l'intelligence intacte. L'incision de l'abcès laissa écouler un pus épais.

Le lendemain, la fièvre avait augmenté et il survint un vomissement. Le pouls montrait un peu de précipitation et une certaine dureté. L'œdème de la paupière droite avait augmenté et, sous la peau, on voyait serpenter quelques veinules dilatées. La conjonctive œdématiée faisait saillie sous la paupière et s'infiltrait d'un épanchement sanguin. Le globe oculaire, mal recouvert par ces tissus gonflés, était légèrement projeté en avant, signe de stase dans le domaine de la veine ophtalmique.

Le troisième jour, l'état général empirait. Il survenait un léger délire, le pouls était rapide et la température s'élevait à 41°. Des fuliginosités recouvraient les lèvres et les dents ; la langue se desséchait. L'œil droit saillait davantage. en même temps que l'œil gauche montrait une conjonctive œdématiée et sanguinolente.

Le quatrième jour, l'état général s'aggravait beaucoup sans que les symptômes locaux eussent subi grandes modifications, à part une hémiplégie faciale droite dont l'existence était, à ce moment, difficile à expliquer.

Le sixième jour, la malade mourait après avoir présenté une forte hyperthermie (42°6).

L'autopsie du crâne fut faite douze heures après le décès. L'abcès nasal était guéri ; les cavités orbitaires ne présentaient rien d'anormal. Les méninges, médiocrement injectées, n'offraient pas d'inflammation, sauf dans la fosse cérébrale moyenne gauche où elles étaient recouvertes d'un certain nombre de petits amas purulents, cause probable de l'hémiplégie faciale.

Les sinus caverneux et le sinus circulaire étaient remplis d'une masse crémeuse, purulente, assez épaisse et mélangée de sanie. Il n'y avait pas de thrombus organisé, ni d'abcès du cerveau.

Si je relate ce cas très simple, ce n'est pas à cause de sa rareté, mais à cause de la netteté, en quelque sorte schématique, des symptômes qui a permis un diagnostic précoce, vérifié à l'autopsie.

Digitized by Google

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE LA SUISSE ROMANDE[1]

Séance du 1er mars 1906, à la Maternité de Genève

Présidence : M. Bétrix, président

Présents : 14 membres.

M. *Patru* est reçu membre de la Société. M. *Zoppino*, dont la démission avait été annoncée par erreur, est réintégré dans ses droits.

M. Beuttner fait une communication sur quatre cas de *vices de conformation du fœtus*.

M. Koenig démontre, à l'aide du cystoscope à vision directe de Luys, une *fistule vésico-vaginale*.

M. A. Reverdin présente un *hermaphrodite*, inscrit comme femme à l'état-civil, mais masculin d'aspect et de par deux testicules, très petits il est vrai, et une minuscule verge imperforée.

M. Bastian lit une communication sur trois cas de *tuberculose génitale*. Il conclut des trois observations qu'il rapporte : 1° que la plupart des péritonites tuberculeuses généralisées, soit chez les femmes encore jeunes, soit chez les jeunes filles, ont pour point de départ des lésions annexielles de même nature. 2° que, à moins d'adhérences trop étendues, les annexes doivent être recherchées et enlevées. Comme il s'agit, en en somme, d'une affection maligne, il ne faut pas de demi-mesure. L'hystérectomie avec ablation des annexes est l'opération de choix.

M. Kummer fait des réserves sur le point de départ des tuberculoses génitales et péritonéales.

M. Jentzer est également d'avis qu'il est impossible de déterminer le rôle de la trompe dans les bacilloses du péritoine, mais est d'accord avec MM. Bastian et Kummer pour préconiser d'emblée une intervention radicale.

M. Beuttner rappelle les conclusions du Prof. Ammann, de Munich, rapporteur au Congrès de Rome sur question de la tuberculose génitale, c'est-à-dire que, dans aucun cas de péritonite tuberculeuse, on n'avait pu démontrer le point de départ génital.

M. Bétrix : Dans son travail très documenté, Ammann a prouvé la rareté extrême, sinon la non-existence de la tuberculose génitale primitive. Dans presque tous les cas, la lésion primitive siégeait dans les ganglions mésentériques.

[1] Extrait du *Bulletin de la Soc. d'obstr. et de gynéc. de la Suisse romande*, juillet 1906.

Digitized by Google

M. Buscarlet cite un cas de bacillose génitale au début chez une femme atteinte de phtisie.

M. A. Reverdin fait observer le peu de valeur qu'il faut attribuer à la qualité du liquide ascitique pour le diagnostic de la tuberculose.

M. Lardy constate que la tuberculose est, en général, moins grave dans les pays chauds que chez nous, ainsi qu'il en a fait l'expérience à Constantinople.

M. R. Kœnig présente :

1° Une femme qu'il a opérée, il y a quinze jours, pour une *grossesse tubaire rompue*.

2° Une femme qu'il a opérée d'un *prolapsus utéro-vaginal* d'après le procédé de P. Muller *(colpeotomie)*. Il décrit cette opération et en fait ressortir les avantages : technique simple, bénignité absolue, suites brèves, résultats éloignés parfaits.

3° Trois *bassins rétrécis*, l'un généralement et irrégulièrement, en entonnoir, le deuxième plat (conjugué vrai de 8,5 cm.), le troisième plat (c. v. 9,5 cm.) ; il rapporte l'histoire obsétricale de ces trois cas, en justifiant la conduite qu'il a tenue dans chacun d'eux : l'expectation pure et simple.

Séance du 17 mai 1906, à la Maternité de Lausanne

Présidence : M. Bétrix, président.

Présents : 8 membres.

M. A. Reverdin relate l'opération qu'il a faite au sujet *hermaphrodite* dont il a parlé dans la dernière séance. Il a commencé par lui constituer une verge à laquelle il se propose de faire ultérieurement un canal.

Le Président rend compte de l'activité de la *Commission du cancer*. Des circulaires ont été envoyées à tous les médecins et sages-femmes de la Suisse romande. Le refus de la plupart des journaux a rendu impossible la publication projetée de la circulaire adressée au public.

La Société adopte à l'unanimité l'admissibilité des femmes au titre de membre de la Société.

M. Beuttner lit un rapport sur la *réaction particulière du muscle utérin à l'introduction d'instruments*. Après avoir exposé l'histoire de cette question, à laquelle il a pris une part active, il mentionne l'opinion des auteurs qui se sont occupés du phénomène appelé successivement relâchement, atonie, dilatation, gonflement sphérique, réaction particulière du muscle utérin, paralysie de l'utérus.

M. Andreæ n'a jamais observé les symptômes cités par M. Beuttner.

M. Bastian les a observés trois fois, mais a cru à une perforation.

M. Kœnig a été longtemps sceptique, mais il a eu l'occasion de constater maintes fois l'atonie subite de l'utérus. Il est porté à croire que ce phénomène dépend de la façon dont la dilatation utérine est pratiquée.

Digitized by Google

M. de Seigneux a pénétré deux fois très profondément dans l'utérus et a cru à une perforation.

M. Rossier est convaincu d'avoir sondé la trompe une fois, mais n'a jamais constaté la dilatation dont on parle.

M. A. Reverdin estime que les perforations utérines sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit. Pour les éviter, il ne se sert plus que de bougies de cire pour sonder l'utérus.

M. Bétrix a, lui aussi, été obligé de se rendre à l'évidence et cite six cas de sa pratique.

M. Muret dit que l'anatomie pathologique peut seule trancher la question en litige. Deux fois il a pu constater *de visu* une perforation qu'il avait faite malgré qu'il eût pratiqué le curettage avec la plus grande douceur.

M. Beuttner : A part la perforation, à part le sondage des trompes, *l'atonie existe* et s'explique, d'ailleurs, par la sinuosité des vaisseaux utérins.

M. Bastian présente deux pièces : 1° une *hydro-pyo-salpingite bilatérale*, 2° un utérus extirpé d'après le procédé de *décollation postérieure* de Faure.

Le secrétaire : Dr René Koenig.

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Séance du 7 juin 1906, aux bains d'Yverdon

Présidence de M. Gonin, président.

95 membres présents.

Le président annonce que M. le Dr David, député, a bien voulu se charger de transmettre au Département de l'Instruction publique le vœu de M. Schrantz, concernant l'interdiction du balayage des écoles par les enfants. — Il lit une lettre de la *Société vaudoise de pharmacie* remerciant de l'appui que lui a prêté la Société de médecine pour son recours au Conseil d'Etat contre l'ouverture, à Lausanne, d'une pharmacie coopérative. — Il lit une lettre du Département de l'Intérieur, annonçant que, ensuite des vœux exprimés par la Société vaudoise de médecine, les leçons de puériculture du Dr Pinard ont été distribuées aux maîtresses des classes primaires supérieures ; des instructions sur les soins à donner aux enfants sont également distribuées aux jeunes mariés avec le livret de famille par l'officier d'Etat civil.

M. Bühlmann fait une communication sur les eaux d'Yverdon et les accessoires de la cure thermale.

M. Wartmann rend hommage aux vertus des eaux d'Yverdon et exprime l'espoir que la Société de médecine viendra, l'année prochaine, se rendre compte des effets remarquables des eaux de Lavey.

Digitized by Google

M. Béraneck, prof. à Neuchâtel, fait, sur *le mode d'emploi de sa tuberculine*, une communication dont voici le résumé :

M. Béraneck cherche à obtenir, par le moyen de sa tuberculine, une vaccination des malades pendant l'évolution même de la tuberculose. Cette tuberculine contient des toxines spéciales dont la toxicité est faible. Ces toxines, inoculées pendant un laps de temps plus ou moins considérable, augmentent la force de résistance de l'organisme tuberculeux contre le bacille de Koch et ses produits normaux de sécrétion. Le but poursuivi consiste donc à renforcer les moyens naturels de défense du tuberculeux. En conséquence, si ces moyens de défense sont presque complètement annihilés au moment où l'on institue le traitement, l'effet thérapeutique sera nul ou à peine appréciable. Il ne faut pas attendre, pour recourir à cette tuberculine, que la cachexie soit établie et que la destruction des tissus soit trop avancée.

Puisqu'il s'agit d'une vaccination à l'aide de toxines spéciales, le mode d'emploi de ces toxines, c'est-à-dire la technique à suivre pour obtenir cette vaccination, jouera un rôle capital. La tuberculine Béraneck s'emploie d'ordinaire en injections. Il importe : 1° d'acclimater le tuberculeux à cette tuberculine en partant de solutions très étendues, pour ainsi dire homéopathiques ; 2° de surveiller de très près les malades afin de ne pas dépasser les solutions et les doses de ces solutions qui sont utiles au point de vue thérapeutique. Ces solutions utiles et leurs doses ne peuvent être déterminées qu'expérimentalement, car elles varient d'un malade à l'autre. De là, la nécessité d'individualiser le traitement.

Afin de faciliter aux médecins le maniement de la tuberculine Béraneck, M. le Prof. Dr Sahli, de Berne, a établi une échelle de solutions, telle que le rapport entre deux solutions consécutives est constant et que ce rapport est assez faible pour réduire au minimum les différences de concentration de cette tuberculine en passant d'une solution à l'autre. Cette échelle comprend treize solutions dont M. Béraneck explique la notation et indique la teneur en tuberculine.

Le mode d'emploi de la tuberculine Béraneck varie avec les diverses formes de tuberculose. L'expérience montre que cette tuberculine agit avec le plus de rapidité et d'efficacité lorsqu'elle est introduite directement dans les foyers tuberculeux. Malheureusement, la méthode des injections intrafocales n'est utilisable que dans les formes de tuberculose dite chirurgicale. On peut rattacher à cette méthode de traitement les lavages à la tuberculine employés dans les cas de tuberculose intestinale.

Dans la tuberculose pulmonaire, de même que dans la tuberculose rénale, on ne peut atteindre directement l'organe malade ; on doit donc recourir à la méthode des injections hypodermiques. C'est cette méthode que M. Béraneck tient plus particulièrement à exposer. Quel critère avons-nous pour régler l'augmentation des doses de chaque concentration de tuberculine et le passage d'une concentration à l'autre ? Ce critère, c'est d'éviter les réactions. Mais que faut-il entendre par réactions ? Ce

Digitized by Google

sont des manifestations physiologico-pathologiques se traduisant soit par une exacerbation ou une diminution de phénomènes déjà existants, soit par l'apparition de phénomènes non encore observés chez les malades considérés. Ces réactions se traduisent par des modalités diverses dont M. Béraneck dresse un tableau détaillé que nous ne pouvons reproduire ici. En voici les grandes lignes : 1° réaction thermique ; 2° réaction du pouls ; 3° réactions se rapportant à l'état général (diminution de poids, inappétence, sensations de malaises, de fatigue, légers maux de tête) ; 4° réactions locales se produisant *a)* dans les organes tuberculeux, *b)* au point d'inoculation de la tuberculine employée en injections hypodermiques ; 5° réactions des moyens de défense du tuberculeux.

Toutes ces modalités, du moins de 1° à 4° *b*, n'ont qu'une valeur relative, puisqu'elles font naturellement partie du cadre symptomatique de la tuberculose. Il faut se garder d'attribuer à la tuberculine des symptômes qui ressortissent à l'évolution même de la maladie. Il importe d'établir, par une observation antérieure attentive de l'état des malades, la relation de cause à effet entre les injections de tuberculine d'une part et les diverses modalités de la réaction d'autre part. Toutes ces modalités de réaction peuvent cœexister sous l'influence d'injections de concentration trop fortes de tuberculine. D'ordinaire, l'une ou l'autre prédomine ; il est donc nécessaire de les étudier toutes, afin de ne pas donner aux tuberculeux plus de tuberculine qu'ils ne sont en état d'en tolérer.

Les réactions ne sont pas toujours dangereuses ; elles le sont beaucoup moins dans les tuberculoses chirurgicales que dans les tuberculoses pulmonaire ou rénale. Même dans la tuberculose pulmonaire, on obtient parfois de bons résultats thérapeutiques à la suite d'injections de tuberculine déterminant des réactions, à la condition d'espacer ces injections. Cependant, ce procédé n'est pas recommandable en clinique, car il est impossible de prévoir si les réactions produites seront salutaires ou nuisibles aux malades. Cela dépend d'un certain nombre de facteurs (force de résistance à l'invasion de la tuberculine, état des moyens de défense, virulence des bacilles de Koch, extension des lésions tuberculeuses, sensibilité des malades à la tuberculine), facteurs qui varient d'un individu à l'autre et dont l'importance ne peut être évaluée qu'avec une approximation très relative pour chaque individu. C'est pourquoi il vaut mieux éviter les réactions qui peuvent avoir, sur l'état du malade, une répercussion fâcheuse et graduer en conséquence les doses des différentes concentrations de la tuberculine Béraneck. A l'aide de graphiques, M. Béraneck expose le mode d'application de sa tuberculine à différentes formes de tuberculose pulmonaire.

En principe, plus la déchéance de l'organisme est marquée, plus l'intoxication est accusée, plus aussi il faut recourir à des doses faibles de concentrations très faibles de tuberculine. Dans le cours du traitement, lorsqu'on arrive à une dose critique, c'est-à-dire à une dose qui détermine une réaction aussitôt qu'elle est dépassée, on s'en tient à cette dose jus-

Digitized by Google

qu'à ce qu'elle cesse d'être critique, ce qui exigera parfois des semaines et même des mois. Pour produire un effet curatif avec la tuberculine Béraneck, il n'est pas nécessaire de parcourir toute la gamme des concentrations répondant à l'échelle du Prof. Dr Sahli. L'action thérapeutique n'est pas l'apanage des concentrations fortes; elle se manifeste tout aussi bien avec les concentrations faibles. Le traitement peut être appliqué avec un plein succès en s'en tenant pendant toute sa durée aux concentrations faibles, si ces dernières marquent la limite de tolérance du malade à la tuberculine.

Les injections se font à jeun ; faites de suite après le repas, elles provoquent parfois des malaises et même des vomissements.

Au point de vue technique, la question de la fréquence des injections a une grande importance. A cet égard, les avis sont partagés. M. le Prof. Dr Sahli, qui a une grande expérience de la tuberculine Béraneck, admet que deux injections par semaine sont suffisantes pour produire l'effet thérapeutique cherché. D'autres médecins préconisent les injections journalières. M. Béraneck estime que, dans les cas à marche plutôt rapide, la méthode des injections journalières donne de bons résultats à la condition de débuter par des doses faibles de concentrations très faibles et de graduer les doses de manière à éviter toute réaction. Le danger des injections journalières c'est de rendre l'organisme plus sensible à l'action toxique propre de la tuberculine, si l'on dépasse à chaque injection la dose utile de ce médicament. Par contre, l'effet stimulant de la tuberculine sur les moyens de défense du tuberculeux n'a souvent pas le temps de se manifester, lorsque les injections sont trop espacées. De nouvelles observations permettront sans doute de mieux préciser quels cas sont justiciables de la technique des injections journalières.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une tuberculose pulmonaire ou rénale, la seule technique à suivre est celle des injections hypodermiques de tuberculine. S'il s'agit d'une tuberculose à localisations multiples, il est souvent avantageux d'associer des techniques appropriées au traitement de chacune de ces localisations. Supposons, par exemple, qu'on ait à traiter une tuberculose pulmonaire compliquée d'une tuberculose intestinale ; la première se traitera par des injections hypodermiques, la seconde par des lavages de l'intestin avec de la tuberculine diluée. Si la tuberculose pulmonaire s'accompagne d'une tuberculose chirurgicale, on traitera la première par les injections hypodermiques et la seconde par des injections intrafocales de tuberculine.

Comment se traduit l'effet thérapeutique de la tuberculine Béraneck ? Cette tuberculine ne peut exercer sur la tuberculose qu'une action lente, puisqu'elle n'agit qu'en renforcant les moyens naturels de défense de l'organisme, c'est-à-dire qu'en produisant une immunisation active. L'évolution de la maladie ne peut être enrayée dès les premières injections ; elle se poursuivra encore pendant un laps de temps plus ou moins long, malgré la tuberculine, même chez les malades qui bénéficie-

Digitized by Google

ront du traitement. L'état général est le premier favorablement influencé, ainsi que la température, le pouls et la quantité journalière des expectorations. Quant aux lésions pulmonaires, elles ne s'améliorent souvent qu'après plusieurs mois de traitement. Le médecin ne doit donc pas se laisser décourager si, à l'auscultation et à la percussion, les signes physiques ne se modifient qu'avec une extrême lenteur. Il faut beaucoup de persévérance pour que la cure de tuberculine donne un résultat thérapeutique satisfaisant et durable, car on ne saurait interrompre le traitement avant la cicatrisation complète des lésions tuberculeuses. C'est pourquoi il est préférable de ne pas attendre, avant de recourir à la tuberculine, que la tuberculose ait accompli son œuvre d'intoxication et de destruction. Tous les malades ne sont pas guéris ou améliorés, même parmi ceux qui paraissent peu atteints, surtout lorsqu'il s'agit de tuberculoses à marche rapide. La vaccination de l'organisme tuberculeux ne dépend pas seulement de l'action thérapeutique de la tuberculine, elle dépend aussi de l'aptitude que possèdent les moyens de défense de l'individu à être stimulés par cette tuberculine dans leur lutte contre le bacille de Koch et ses produits de sécrétion.

M. Gonin remercie M. le prof. Béraneck de son intéressante communication et annonce que M. le prof. Sahli, empêché d'assister à la séance, publiera prochainement dans la *Correspondenz Blatt* les résultats qu'il a obtenus avec la tuberculine Béraneck.

M. Dind : Il m'est difficile, si paradoxal que cela puisse paraître, de juger de la valeur de la tuberculine de Béraneck, sur les malades pris dans mon service. Les tuberculeux, je parle surtout des tuberculeux pulmonaires, bénéficient très largement du séjour hospitalier : le repos, l'exposition à l'air — si possible jour et nuit — l'alimentation et la suralimentation sont des facteurs puissants qui, même en dehors de l'administration de la tuberculine, donnent en général des résultats excellents. Quelle est, dans ces conditions, la valeur réelle de la tuberculine ? Voilà ce que nous avons peine à apprécier actuellement.

Nous pouvons cependant affirmer qu'elle n'est pas dangereuse ; dans aucun cas elle ne nous a donné de résultats *fâcheux*. Cela est même vrai pour un malade atteint d'une miliaire tuberculeuse, dont l'existence fut vérifiée à l'autopsie : Température 40,4 (matin) — 40,2 (le soir). Nous avons injecté dans ce cas la tuberculine Béraneck, au total quatre injections de la solution A — $^{3}/_{10}$ — $^{5}/_{10}$ — $^{5}/_{10}$ — $^{6}/_{19}$, sans avoir observé de phénomènes congestifs ni de surélévation thermique, mais bien au contraire un abaissement léger, 0,8 en moyenne, le matin comme le soir, sans aucune dyspnée.

Voici les autres cas observés :

1. — *Tuberculose pulmonaire*. Homme, 32 ans, observé du 10 janvier au 3 mars 1906, malade depuis quelques mois ; amaigrissement notable, transpirations nocturnes; du 11 au 16 janvier la température = 39° à 40° le soir, hémoptysies répétées. Sommet pris, pas de fonte, pas de bacilles

Digitized by Google

Injections de tuberculine Béraneck les 11 et 16 janvier, la température tombe à 36°, à 37,5. Au total, six injections sont faites (dose maximale A $^{8}/_{10}$). En six semaines, le malade gagne 4 kil. ; état général bon, température normale. Localement, les craquements persistent, l'expectoration a diminué.

II. — *Gommes tuberculeuses*. Homme, 49 ans, observé du 15 janvier au 15 mai 1906. Séjourne à l'hôpital pour cirrhose hypertrophique, ascite et gommes cutanées tuberculeuses multiples (noyau de cerise à œuf de pigeon). Une gomme est traitée au début par ponction et injection de glycérine iodoformée ; dès lors, injections de tuberculine Béraneck (dose maximale, C $^{5}/_{10}$), au total 19, faites sous la peau au niveau des gommes. Jamais de réaction locale ou générale ; la température est restée normale, le pouls n'a pas été influencé d'une manière fâcheuse. A ce jour, le malade est complètement guéri de ses gommes tuberculeuses qui ont fondu sans laisser aucune trace.

III. — *Tuberculose pulmonaire* (IIIe degré). Homme, 17 ans, observé depuis le 27 mars au 3 juillet 1906. Cavernes au sommet droit, beaucoup de bacilles de Koch ; expectoration abondante. Etat général mauvais ; la température oscille entre 38,4 et 39,4 le soir. Traitement à la tuberculine Béraneck à partir du 18 mai ; dès la première injection (A $^{2}/_{10}$), la température baisse de 0,5. Au 17 mai, la température remonte à 39,9 ; une nouvelle injection (A $^{3}/_{10}$) ramène le thermomètre à 38,2 ; dès lors, il ne monte plus au-dessus de 38,6. Les injections, faites tous les deux jours, n'ont eu aucune influence fâcheuse sur le pouls. L'état viscéral est resté le même, le poids est descendu de 2 kil. 5 ; l'expectoration est moins abondante et le nombre des bacilles, considérable au début, a beaucoup diminué. Actuellement, le malade, quoique recevant tous les deux jours des doses de la sol. B ($^{3}/_{10}$), n'atteint plus jamais 38°.

IV. — D. V., 31 ans, traité antérieurement dans le service par l'extension pendant dix-huit mois et par des ponctions et injections glycéro-iodoformées pour une *spondylite lombaire* avec abcès iliaque gauche. En avril 1906, enlèvement du dernier corset ; dès lors, vie active, le malade accomplit de durs travaux ; il nous revient le 15 juin 1906 avec un vaste abcès de la fosse iliaque gauche. Traitement : ponction donnant un *pus épais*, injection de tuberculine Béraneck (A $^{3}/_{10}$) le 16 juin. Nouvelle ponction le 20 juin donnant un *pus liquide, citrin*, tuberculine Béraneck A $^{5}/_{10}$. Le 26 juin, troisième ponction ramenant un *liquide faiblement purulent*, injection de tuberculine Béraneck 2 cc de la sol. A. Le 3 juillet, quatrième ponction ramenant un liquide *faiblement purulent* mais, en petite quantité, nouvelle injection de tuberculine Béraneck 1 cc de la sol. B qui ne donne aucune réaction.

V. — Malade fréquemment traité dans le service pour *lupus de la face*, (Rayons X) ; rentre le 11 juin 1906 pour adénite tuberculeuse de la région carotidienne gauche, grosse comme une noix, fluctuante ; les ganglions voisins sont tuméfiés. Ponctions réitérées suivies d'injections dans le foyer de tuberculine Béraneck, de A $^{3}/_{10}$ à B $^{2}/_{10}$. Actuellement, après 22 jours de traitement, la tumeur est dure, grosse comme une noisette, la rougeur de la région a disparu. Le pus, comme dans l'observation IV, grumeleux, jaunâtre au début est devenu fluide, décoloré, sans grumeaux.

VI. — *Tuberculose pulmonaire*. Début en 1902 ; le malade nous revient le 16 avril 1906, avec expectoration abondante, petite caverne au som-

Digitized by Google

met droit, infiltration du sommet gauche, expectoration abondante, beaucoup de bacilles de Koch. La température oscille entre 37° et 38°5 le soir. Au total, le malade a reçu 21 injections de tuberculine Béraneck, de A $^{2}/_{10}$ jusqu'à D $^{6}/_{10}$, de deux en deux jours. La température a diminué, le poids a augmenté de 2 k. 5, les bacilles de Koch sont en *diminution très nette*, l'expectoration est beaucoup moins considérable. L'état général est excellent. Actuellement, le malade reçoit tous les deux jours un cc de la solution D, sans jamais noter une température supérieure à 37°.

VII. — *Tuberculose pulmonaire.* Malade traitée à plusieurs reprises dans le service de M. le Prof. Bourget, a séjourné à Leysin ; nous revient le 6 mars 1906 avec des cavernes aux deux sommets, beaucoup d'expectoration, richement bacillaire. Etat général mauvais, dépression nerveuse accentuée. La température oscille entre 37°2 et 38°5 le soir, le poids est de 34.4 k. Traitée par les injections de tuberculine Béraneck de A $^{2}/_{10}$ à C $^{4}/_{10}$. Quitte l'hôpital le 31 mai 1906 avec un poids de 32.4 k., la température ne dépassant pas 37°2 le soir ; l'appétit est bon. Le pouls n'a pas été influencé défavorablement par les injections.

VIII. — *Tuberculose ancienne de la colonne vertébrale.* La malade entre dans notre division pour des ulcérations torpides (scrofuloderma) de la face qui sont traitées sans brillant résultat par les rayons X. On fait des injections de tuberculine Béraneck et des badigeonnages sur *une* des plaies. Actuellement, les plaies sont guéries sans que celle qui bénéficia des badigeonnages ait marché plus rapidement que les autres.

IX. — *Tuberculose pulmonaire* datant de plusieurs années, hémoptysies fréquentes. Caverne au sommet gauche, forte infiltration à droite. Expectoration abondante, beaucoup de bacilles de Koch. Les injections de tuberculine, 13 au total, de la solution A $^{3}/_{10}$ à C $^{5}/_{10}$ n'ont provoqué ni réaction générale, ni locale, réserve faite d'une élévation thermique de 0,5 à deux reprises. Le poids a augmenté de 3 k. 500. Le pouls n'a pas varié, le nombre des bacilles a beaucoup diminué ; légère augmentation de l'expectoration. L'état général est très bon.

Tel est le résumé des observations qui ont été faites dans notre service par les soins très attentifs de notre interne, M. Métraux. On peut en conclure, sans hésitation, que *l'administration de la tuberculine Béraneck, faite ainsi qu'il est dit ci-dessus, n'est pas dangereuse ;* elle ne provoque pas les phénomènes congestifs caractéristiques de la T. A de Koch utilisés, à juste titre, dans la séméiologie des dermatoses (diagnostic différentiel). La tuberculine de Béraneck *nous paraît* avoir une influence plutôt heureuse sur les tuberculoses pulmonaires ; il va sans dire que, seule, une plus longue et plus multiple application de ce médicament permettra de donner un jugement définitif sur sa valeur thérapeutique.

M. Roux, empêché à la dernière heure d'assister à la séance, a chargé son chef de clinique, M. Campiche, de présenter la communication suivante :

J'ai employé la tuberculine Béraneck, depuis un an, sur une cinquantaine de malades à ma clinique privée et sur 70 à 90 malades à l'hôpital. Sur ce total d'environ 130 cas, une forte proportion est représentée par des cas très mauvais, à foyers multiples, pulmonaires, articulaires, etc.

Digitized by Google

Les résultats ne sont donc pas comparables et il est encore impossible de de les sérier et de donner des pourcentages.

Nous avons remarqué que la plupart des malades capables de discerner déclarent spontanément souffrir moins des jointures malades et cela très tôt après le début du traitement.

Un fait qui nous a frappé et qui semble paradoxal, c'est que les formes graves, fistuleuses, par exemple, bénéficient plus rapidement du traitement qu'on n'aurait osé l'espérer.

Voici un enfant qui avait une panarthrite suppurée du pied avec une fistule haut située sur le péroné, donnant passage à beaucoup de pus dès qu'on pressait sur l'articulation tibio-tarsienne ; il est maintenant guéri.

A citer encore un jeune homme avec arthrite tuberculeuse fistuleuse du genou, qui marche et se sent beaucoup mieux (flexion maintenue).

Ce qu'il est intéressant de noter au point de vue de la réparation anatomique, quand on réussit avec la tuberculine Béraneck, c'est qu'on obtient les résultats qu'on peut attendre théoriquement, c'est-à-dire que si le gazon tuberculeux est petit, mince et les culs-de-sac articulaires encore larges, on peut espérer la récupération des mouvements ; si, au contraire, la synoviale a fortement proliféré, il restera (une fois la tuberculose guérie) de la synovite proliférante. Enfin, s'il s'agit d'un cas suppuré avec fistules, etc., tout ce qu'on est en droit d'attendre, c'est une cicatrice fibreuse, c'est-à-dire une ankylose pouvant nécessiter une résection orthopédique, mais qu'il faudrait se garder d'inscrire comme un mauvais résultat de la tuberculine ; c'est ce qui est arrivé chez notre petit malade.

Les glandes tuberculeuses se ratatinent définitivement ou fondent, se laissent ponctionner et sèchent ou deviennent fistuleuses et se guérissent, même lorsqu'elles sont associées à des foyers en apparence osseux (articulation sterno-claviculaire, par exemple).

Nous citerons encore :

Trois cas de ténosynovite fongueuse du dos de la main ; un guéri (cité à Paris) après une seule injection forte ; un autre guéri avec fistule et élimination de masses caséeuses ; un troisième en pleine voie de guérison ; induration très ferme en résorption rapide après fonte et cicatrisation de de la peau ; tous trois avec conservation des mouvements.

Une arthrite temporo-maxillaire avec fongosités palpables, resserrement des mâchoires, etc., guérie. La même malade présente d'autres foyers articulaires améliorés.

Une synovite du genou à gros bourrelets chez un petit enfant : début du traitement en mai ; article sec en novembre.

Autre cas (cité à Paris) : mon domestique demeuré cicatrisé après une grosse récidive devant le tendon du biceps, dans la fossette de l'olécrâne (pseudo) après nouvelle résection et excision de glandes en chaînes. Traitement inutile tout l'hiver ; guéri en dix jours.

Dans une autre récidive, après une résection du coude, également effet rapide.

Digitized by Google

Une cystite tuberculeuse au début chez un castré unilatéral pour tuberculose et passage à l'autre côté des bourses ; amélioration générale superbe ; examen de l'urine actuellement négatif (cobaye pas encore contrôlé).

Une épididymite tuberculeuse : paraît guérie.

A l'hôpital, nous avons eu comme bons résultats (outre l'enfant présenté aujourd'hui) une chondrite costale et rétro-sternale avec fistule du sein, guérie ; plusieurs coxalgies, avec conservation partielle des mouvements ; plusieurs péritonites tuberculeuses dont une vient de quitter le service en pleine santé; un cas de tuberculose verruquense de la peau qui s'est aplatie et dissipée en très peu de temps.

En ce qui concerne la technique des injections intrafocales, la règle n'est pas encore absolue. Toutefois, nous sommes revenus des injections massives qui, tout en donnant aussi un bon résultat final, ont certains inconvénients : symptômes analogues à ceux d'une forte grippe, frissons, fièvre, vomissements, etc. et, localement parfois, production d'un véritable phlegmon ligneux durant deux à trois semaines. Les petites doses répétées souvent ne donnent pas ces phénomènes aussi accentués et permettent de traiter le malade au point de vue des lésions pulmonaires latentes. Le traitement peut très bien se faire à la maison ; à l'hôpital, il a l'inconvénient (surtout dans un service de chirurgie) d'immobiliser un trop grand nombre de lits.

Pour ce qui est de la généralisation de la tuberculose par l'emploi de la tuberculine, nous n'en avons pas vu d'exemple et pensons qu'il n'y a pas lieu de s'effrayer à ce sujet.

Nous conclurons donc dans un sens favorable à ce traitement ; la tuberculine Béraneck nous semble réellement faire quelque chose ; elle nous paraît avoir certainement influencé les lésions tuberculeuses d'une manière satisfaisante dans un grand nombre de cas. Toutefois, son action ne nous est pas encore assez bien connue et nous ne l'avons pas maniée encore assez longtemps pour pouvoir la juger d'une manière irrévocable ; il nous est encore impossible, par exemple, même dans les cas légers, de fixer d'avance le pronostic, la durée et le résultat final du traitement. La question demande, par conséquent, à être élucidée davantage et il nous paraît prudent, pour le quart-d'heure, de ne pas s'emballer et de ne pas trop s'attendre à des miracles.

M. P. Demiéville rappelle que, comme l'a dit M. Béraneck, tous les malades ne réagissent pas également à la tuberculine. Il faut observer la courbe de température pendant huit à quinze jours avant de commencer la cure, employer au début de très petites doses et observer très exactement les réactions les plus minimes, qu'elles soient générales ou locales. Il vaut mieux ne faire les injections que tous les deux ou trois jours. Il faut parfois, en cas de réaction, recommencer avec une dose beaucoup plus faible que celle qui a été critique. M. Demiéville ne se prononce pas encore sur les résultats, son expérience de la tuberculine n'étant pas assez longue.

Digitized by Google

M. Cevey demande quelle est l'équivalence de la tuberculine Béraneck avec la tuberculine ancienne de Koch.

M. Jaquerod fait quelques remarques d'ordre général sur la technique des injections de tuberculine Béraneck :

Les injections faites dans le tissu cellulaire sous-cutané donnent plus facilement des réactions que les injections faites dans les masses musculaires. Il est probable que, dans le premier cas, la résorbtion de la tuberculine est plus rapide et produit une action plus massive sur le foyer malade. Il faut donc employer des doses moins fortes quand on injecte la tuberculine sous la peau que quand on l'injecte dans les masses musculaires

Lorsqu'on injecte de la tuberculine dans un ganglion ou dans une articulation malade, on peut obtenir une forte réaction locale avec fièvre, sans réaction notable sur le foyer pulmonaire, s'il en existe un. Dans ce cas, la tuberculine a été épuisée, neutralisée pour ainsi dire sur place et n'a pas atteint les foyers viscéraux éloignés ; il ne faut pas en conclure que la dose de tuberculine employée aurait été inoffensive pour ces derniers si l'injection avait été faite sous la peau.

S'il n'y a pas d'inconvénient à provoquer des réactions dans les tuberculoses chirurgicales (osseuses, articulaires ou ganglionnaires), on ne peut en dire autant des tuberculoses viscérales (pulmonaires et intestinales, entre autres). Là, il faut absolument éviter les réactions, car elles sont nuisibles. Tout le monde paraît aujourd'hui d'accord sur ce point. On tiendra compte, dans ce but, *du degré d'infection* du malade. Un malade qui crache beaucoup et dont les expectorations sont riches en bacilles, réagira très fortement ; les doses devront donc être très faibles dans ce cas. La multiplicité des foyers et l'étendue des lésions exigent également beaucoup de prudence dans la progression des doses. On tiendra compte aussi *du degré d'intoxication* ou du degré de virulence des bacilles ; un malade fébrile ou sujet à de fréquentes poussées fébriles devra être traité avec des doses excessivement faibles, tandis qu'un malade qui n'a jamais de fièvre supportera un traitement beaucoup plus énergique. Il faut donc tenir compte de ces différents facteurs dans l'*individualisation* du traitement et ne pas se borner à procéder par tâtonnements.

Au sujet de la fréquence des injections, il est un fait à signaler : la tuberculine Béraneck donne souvent des réactions assez tardives. Nous avons vu parfois, après une seule injection, une réaction typique se produire deux et même trois jours plus tard. Si l'on injecte tous les jours de la tuberculine, il peut donc se produire, dans certains cas, un effet de cumul et on aura des réactions très fortes. En principe, il ne faudrait jamais injecter une nouvelle dose avant d'être sûr que l'effet réactif de la précédente soit complètement terminé. C'est pourquoi nous préférons faire des injections tous les deux ou trois jours plutôt que tous les jours ; en outre, nous nous sommes très bien trouvé de laisser des temps d'arrêt dans le traitement (huit jours d'interruption complète tous les mois). De

Digitized by Google

cette façon-là, on évite sûrement les réactions et l'effet curatif est incontestablement meilleur.

M. Morin joint ses remerciements et ses félicitations à ceux qui ont été déjà adressés à M. Béraneck. Il remarque que, tandis qu'on recherchait autrefois les réactions, on les évite aujourd'hui. Il ne faut pas oublier le traitement général qui joue un rôle considérable en reconstituant l'organisme.

M. Rollier : Nous avons traité, depuis l'automne dernier, 30 tuberculeux (20 pulmonaires et 10 chirurgicaux) avec la tuberculine Béraneck. Le temps d'observation est encore trop court pour permettre d'établir une statistique concluante. Néanmoins, les faits cliniques observés jusqu'à présent nous paraissent plaider très avantageusement pour cette tuberculine.

Les cas de tuberculose pulmonaire concernaient tous des malades qui, après une période d'amélioration, restaient stationnaires ou s'aggravaient. Aucun n'était au premier degré, 13 appartenaient au second, 7 au troisième. 5 de cette catégorie étaient fortement fébriles avec un mauvais état général. Parmi ces derniers, un a renoncé au traitement, découragé par son médecin, deux sont restés stationnaires. Chez tous les autres, nous avons constaté un résultat d'amélioration manifeste. Dans aucun cas nous n'avons eu d'accident à enregistrer. Parmi les symptômes cliniques les plus fréquents nous avons noté chez tous ces malades : l'augmentation des forces, de l'appétit et du poids, la disparition des insomnies, la diminution de l'expectoration après l'augmentation passagère correspondant au début du traitement. Dans deux cas l'expectoration, qui mesurait depuis des mois 10 cc. chez l'un, 30 à 40 cc. chez l'autre, diminua progressivement après une semaine. Après trois semaines, elle tomba à 0 pour ne pas reparaître. A cette amélioration correspond généralement une diminution des symptômes stéthoscopiques. Après quelques injections, la plupart des malades ont le sentiment subjectif très net d'une amélioration. Nous ne pensons pas que l'on puisse incriminer ici la suggestion, car, effrayés encore par les débuts malheureux de la tuberculine Koch, nos malades ne se soumettent au traitement qu'avec une grande appréhension et il faut les tenir bien en main pour ne pas les voir renoncer à la tuberculine à la moindre fausse alerte.

Le premier cas que nous avons traité concernait une jeune fille traînant depuis huit ans une tuberculose pulmonaire des deux sommets et de la base droite. En octobre, la maladie présenta subitement les allures d'une généralisation débutant par des symptômes méningitiques typiques auxquels succédèrent une poussée de périostite sterno-costale, puis des symptômes de péritonite avec tuméfaction des glandes mésentériques, de l'iléo-cœcum, etc. Au début, comme les symptômes méningitiques prédominaient et que le cas semblait désespéré (perte de connaissance après huit jours de céphalée intense, température 40 à 41°, chute du pouls de de 120 à 58, raideur de la nuque, constipation opiniâtre, vomissements), nous

Digitized by Google

nous adressâmes à M. Béraneck dans l'intention de tenter l'injection intra-ventriculaire de tuberculine. M. Béraneck nous conseilla d'essayer d'abord les injections sous-cutanées. Depuis huit jours et malgré tous les antipyréliques la température dépassait 40° ; le jour où débuta le traitement elle atteignait 41°2. Après une première injection de $^7/_{10}$ de cc de la solution A de l'échelle de Sahli, elle tomba de $^1/_{10}$. Après la sixième injection, elle était tombée de 1° ; au bout d'une dizaine de jours, elle était normale, tandis que les symptômes méningitiques diminuaient graduellement. On fit trois injections par jour (soit $^1/_2$ à 1 cc de la solution A). Coïncidant avec les nouvelles manifestations de la généralisation signalées, la courbe thermique accusa à deux reprises encore de hautes élévations. Néanmoins, après trois mois de lutte acharnée, pendant lesquels la tuberculine fut injectée journellement, la malade put être considérée comme hors de danger. Actuellement, elle a repris ses occupations. Son état général est excellent. Ses poumons sont en bonne voie de cicatrisation. De sa périostite, il ne reste rien ; du côté de l'abdomen, il persiste une résistance légèrement douloureuse dans la région iléo-cœcale.

Ces résultats, très encourageants, nous engagèrent à introduire la tuberculine dans notre clinique pour l'appliquer au traitement des tuberculoses chirurgicales en lui faisant une place d'honneur à côté de la cure hygiéno-climatique et de l'héliothérapie. Les deux premiers cas où nous l'avons employée concernaient des fistuleux dont l'un était porteur de lésions pulmonaires. Après trois ou quatre injections sous-cutanées de la solution $\frac{A}{16}$, les plaies en partie cicatrisées se rouvrirent sous l'effet d'une violente détersion. Pendant quelques jours, elles baignèrent dans une abondante sérosité, puis elles se couvrirent de granulations vivaces, le processus de cicatrisation ayant repris avec une nouvelle intensité. Nous avons obtenu d'excellents résultats dans deux cas de cystite, dans des cas d'arthrite également. Dans ces derniers, nous alternons avec des injections intrafocales, en utilisant les solutions A et B dont nous injectons 1 à 2 cc. Nous instillons les mêmes solutions dans les fistules et nous les avons utilisées dernièrement pour le traitement des abcès froids.

Quant à la technique, nous pensons qu'une stricte individualisation doit être la règle. Nous cherchons tout d'abord, par un tâtonnement minutieux, à établir la tolérance du malade. Dans les cas afébriles, nous commençons par injecter $^1/_{30}$ de cc de la solution $\frac{A}{16}$ (échelle de Sahli) dans le triceps. En cas de tolérance, nous passons le surlendemain à à $^1/_{20}$ de la même solution, puis à $^1/_{10}$ et nous augmentons tous les jours de 2 à 3 dixièmes. Nous croyons qu'une petite réaction traduite par une élévation de température de quelques dixièmes n'est pas à redouter pour *autant qu'elle n'est pas accompagnée de symptômes d'intolérance pouvant nuire à l'état général.* Pour éviter un effet de cumul, nous ne laissons jamais chevaucher deux réactions.

Quand l'état général est mauvais dans les cas fébriles, dans ceux du troisième degré en général, nous procédons avec une plus grande pru-

Digitized by Google

dence encore. Nous augmentons très lentement les doses et les espaçons de façon à éviter tout symptôme d'intolérance. Cette dernière ne se manifeste pas nécessairement par une élévation du pouls ou de la température ; la céphalée, un sentiment de malaise, de l'abattement, l'insomnie et surtout le manque d'appétit en sont souvent les seules manifestations. Il est donc très important de ne pas s'en tenir seulement à la courbe thermique. Fidèles à cette technique de prudence et de stricte individualisation, nous n'avons jamais eu à enregister le moindre accident. Dans ces conditions, nous sommes arrivés à la conviction que nous possédons dans la tuberculine Béraneck un agent thérapeutique d'une grande efficacité, d'un maniement facile et d'une parfaite innocuité.

M. Roulet expérimente depuis six ans la tuberculine Béraneck et est émerveillé de ses effets. Si les conseils de prudence sont légitimes, il ne faut cependant pas être trop timoré et ne pas s'effrayer d'une réaction de température, même assez forte. Il faut autant que possible individualiser pour trouver le degré de sensibilité du malade. Il ne faut pas arrêter la cure trop tôt, car on constate des rechûtes ; s'il y a eu rechûte, il faut recommencer une cure dans laquelle on peut d'emblée commencer avec des doses plus fortes.

Une visite aux installations toutes nouvelles et très complètes des bains d'Yverdon termine la séance. Celle-ci est suivie d'un banquet très réussi, puis les membres de la Société vont encore déguster l'eau de la source de la Prairie, analogue par sa composition aux eaux de Contrexéville et de Vittel et qui compte déjà à son actif des cures brillantes.

Le secrétaire : Dr Edouard Ceresole.

BIBLIOGRAPHIE

Dr Paul-Emile Morhardt. — Les maladies vénériennes et la réglementation de la prostitution au point de vue de l'hygiène sociale ; un vol. in-8° de 216 p. avec un tableau statistique. Paris 1906, O. Doin.

L'auteur cite, à propos, la pensée de Carlyle dans son introduction : « Il est étrange de voir combien de temps dure ce qui est pourri, pourvu qu'on ait le soin de ne pas le manier trop rudement. Pendant des générations entières, cette chose reste debout, avec un pâle semblant de vie, alors que toute vie et toute vérité l'ont abandonnée ; tant les hommes sont lents à sortir des vieux sentiers, à tenter des nouveautés en triomphant de l'indolence et de l'inertie. »

Cette intéressante étude est divisée en trois chapitres : *Les maladies vénériennes. — Les prostituées et la réglementation. — L'efficacité de la réglementation est elle démontrée ?* Parmi les conclusions de l'auteur, nous

Digitized by Google

sommes surpris de lire qu'il considère les maladies vénériennes comme « bénignes » au point de vue social. On a sans doute souvent exagéré leur malignité en généralisant trop leurs conséquences sociales, mais, en dépit de toutes les statistiques, nous croyons que les médecins qui ont pu observer les conséquences fatales de ces maladies pendant de longues années et sur plusieurs générations, n'admettront jamais leur bénignité, au point de vue purement social. Quoiqu'il en soit, l'auteur conteste l'utilité de la réglementation et dit, après une enquête approfondie, que ses résultats sont négatifs. L'utilité de ce système n'étant pas prouvée, il perd donc toute raison d'être. C'est là sa dernière conclusion, à laquelle nous sommes arrivés depuis longtemps. Ce travail est fortement documenté et très consciencieux. Il sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'intéressent à ces questions. P. L.

Dr A. Marie. — La démence, un vol. in-18 de 500 p. avec 42 fig. *Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale normale et pathologique* du Dr Toulouse, Paris 1906, O. Doin.

Nous avons lu cet ouvrage avec un vif intérêt. La première partie, surtout, est pleine d'actualité, et la tentative de l'auteur, qui esquisse une psychologie générale des démences fondée sur les nouvelles recherches de l'histologie cérébrale pathologique, nous paraît particulièrement réussie. Dans sa psychophysiologie générale des déments, Marie a mis, entre autres, largement à contribution les excellents travaux de notre distingué confrère le Dr Ed. Claparède. Le troisième chapitre de cette première partie renferme un aperçu général historique, dans lequel on peut suivre les progrès qui ont été faits depuis la découverte de la démence paralytique par Bayle, en 1822, jusqu'aux recherches les plus récentes des travaux contemporains qui aboutissent à la notion finale d'une lésion anatomo-pathologique distincte pour les démences séniles et organiques (en foyers), et pour les démences précoces ou vésaniques. Dans la deuxième partie l'auteur expose les divers types de démences, en trois chapitres : démences précoces, paralytiques et séniles. Enfin, dans ses conclusions générales, il traite des problèmes qui se posent à l'occasion de la démence (problèmes biologiques, sociaux et juridiques), les questions de capacité et de responsabilité, des données de la statistique et les divers modes d'assistance des déments. De nombreuses figures illustrent le texte. Un index bibliographique très complet et une table alphabétique des auteurs cités terminent l'ouvrage. P. L.

B. Galli-Valerio et Rochaz de Jongh. — Manuel pour la lutte contre les moustiques ; un vol. petit in 8° de 245 p. avec 94 fig. Lausanne, 1906, Librairie nouvelle, Paris, Maloine.

Ce petit livre, dû à la plume du distingué professeur de l'Université de Lausanne, aidé de la collaboration de Mme J. Rochaz-de-Jongh, est écrit

Digitized by Google

dans un but essentiellement pratique. Les auteurs donnent en premier lieu la description des moustiques aux diverses phases de leur évolution, puis exposent la biologie de ces insectes, insistant particulièrement sur le fait que les eaux stagnantes sont le lieu de préférence d'habitation de leurs larves ; vient ensuite la classification des moustiques, puis l'étude de leur rôle pathogène, qui est très important, tant pour l'homme que pour les animaux, car les moustiques peuvent nuire tant d'une façon directe par leurs piqûres qu'indirectement en transmettant d'un individu à l'autre des maladies telles que la malaria de l'homme et des oiseaux, la fièvre jaune et la filariasis. Ces questions sont traitées d'une façon très détaillée. Un chapitre est consacré à la technique pour les recherches et les études sur les moustiques et les maladies qu'ils transmettent. L'ouvrage se termine par la description des moyens employés dans la lutte contre les moustiques à l'étude desquels les travaux des auteurs ont contribué. Ce petit ouvrage vient bien à son heure, traitant d'une question très actuelle, qu'il expose sous un petit format d'une façon très complète; ajoutons qu'il est illustré de nombreuses figures qui aident beaucoup à la clarté des descriptions. C. P.

VARIÉTÉS

Compte rendu sur la jurisprudence et la littérature médicale spéciales aux accidents du travail.

Hernie-accident.

Obligation de l'opération. — Voici un jugement qui vient corroborer ce que nous avons dit dans notre précédent compte-rendu (p. 413) sur le droit que l'on a d'obliger la victime d'une hernie accident à se soumettre à l'opération de la cure radicale.

« L'ouvrier, victime d'un accident, ne peut être tenu de se soumettre à une opération que si celle-ci est absolument sans danger, et si le défaut d'y faire procéder apparait comme un obstacle mis par lui-même volontairement ou par négligence à sa guérison.

Or l'opération de la hernie comporte une atteinte grave à l'intégrité corporelle, atteinte que le patient ne saurait être tenu de subir, même abstraction faite du danger. La prédisposition à la hernie expose l'ouvrier à une future diminution de la capacité de travail plus forte que la normale. Il doit donc être tenu compte de ce fait dans la fixation de l'indemnité due à la victime d'une hernie sortie accidentellement ».

Arrêt du Tribunal fédéral du 5 juin 1902 (aff. Gavillet et Hudry contre Sirac).

Irruption de l'intestin dans un sac préformé. Preuve de la prédisposition. Conditions de production de la hernie. — « Le fait, reconnu par les experts eux-mêmes, que S. était prédisposé à la hernie, n'empêche pas

Digitized by Google

que l'effort fait par celui-ci le 17 avril 1900, ne puisse être considéré comme la cause de la hernie constatée peu après, *en tant que cet effort a eu pour effet de changer la simple prédisposition à la hernie en une hernie*, c'est-à-dire en tant qu'il a provoqué la sortie de celle-ci, soit l'irruption d'une partie de l'intestin dans un sac préformé...

« ..... En l'absence de toute preuve, établissant que S,, déjà avant le 17 avril 1900, avait une pointe de hernie, ou une hernie interstitielle, les experts devaient nécessairement partir du point de vue *qu'il n'en avait pas.....* » (! !)

« Le rapport d'expertise admet que l'*absence de vives douleurs immédiates et la possibilité de continuer le travail ne sont pas incompatibles avec la sortie d'une hernie sous l'influence d'un effort violent, chez un individu prédisposé* comme l'était S. »

Même arrêt.

Définition de la hernie-accident. — « La sortie d'une hernie peut-être considérée comme un accident, lorsqu'elle est due à un évènement déterminé, dont l'époque peut être précisée et qu'elle s'est produite subitement, à la suite d'un effort extraordinaire fait par la victime dans l'exercice de son travail.

La hernie doit au contraire être considérée comme une maladie, lorsqu'elle se développe petit à petit sous l'influence de l'activité normale du blessé.

Alors même que la victime d'une hernie était prédisposée à ce mal, la hernie n'en doit pas moins être considérée comme accidentelle, si elle est le résultat d'un effort qui a eu pour effet de changer la simple prédisposition à la hernie en une hernie, en provoquant la sortie de celle-ci, soit l'irruption d'une partie d'intestin dans un sac préformé. Il incombe en tous cas à l'ouvrier, d'établir le rapport de causalité entre l'effort qui aurait occasionné la sortie de la hernie et l'état de la maladie dont il se plaint. »

Arrêt de la Cour de justice civile de Genève, 24 juin 1905.

On voit que cet arrêt est analogue au précédent.

Responsabilité du patron et état antérieur de la victime.

Voici par contre deux arrêts contradictoires du Tribunal fédéral qui traitent des causes qui peuvent réduire la responsabilité du patron dans un cas d'accident :

« L'obligation du patron d'indemniser la victime d'un accident n'est pas diminuée par le fait, qu'outre l'évènement dont le patron doit répondre, d'autres facteurs, tels que la constitution physique du lésé, ont aussi contribué à produire ce dommage. La loi (art. 5) prévoit seulement que sa responsabilité sera équitablement réduite en cas de blessures antérieures ou de santé affaiblie par l'exercice de la profession. »

Arrêt du 12 juin 1901.

Cet arrêt, comme on le voit, applique la loi *à la lettre*.

Voici l'autre, qui l'infirme en ce sens, que s'inspirant d'idées plus justes, il étend les cas prévus par l'art. 5 de la loi de 1881 et susceptibles

Digitized by Google

de réduire la responsabilité du patron, aux blessés dont l'état antérieur a contribué à la production de l'état morbide pour lequel ils réclament une indemnité.

« En dehors des cas prévus par l'art. 5 de la loi de 1881, l'état de santé du lésé, sa constitution physique, l'existence de certaines lésions ou infirmités préexistantes à l'accident, peuvent exercer de l'influence sur l'étendue de la responsabilité du patron, quant à la capacité de travail du blessé et surtout au point de vue de sa durée probable.

Il faut déterminer alors, d'une part dans quelles proportions le dommage éprouvé par l'ouvrier résulte de son accident, et d'autre part dans quelles mesures il est dû aux maladies antérieures de la victime ou à sa constitution physique. » Arrêt du 2 novembre 1904.

Août 1906. Dr Ch. Julliard.

Deuxième Congrès international d'assainissement et de salubrité de l'habitation. — Ce Congrès, qui intéressera vivement le corps médical et pour lequel quelques uns des représentants les plus qualifiés des sciences se rapportant à l'hygiène se sont fait annoncer, se réunira à Genève, du 4 au 10 septembre prochain.

Société médicale de la Suisse romande. — L'Assemblée générale annuelle aura lieu comme d'habitude à Ouchy, à la fin d'octobre ou au commencement de novembre. Les auteurs de travaux sont priés de s'annoncer à M. le Prof. de Cérenville, président, avenue de la Gare, 4, Lausanne. Le Comité examinera également toute demande de discussion sur un sujet d'intérêt général, qui pourrait lui être soumise.

Le Bureau.

Société suisse de Balnéologie. — Cette Société tiendra sa septième séance ordinaire à Engelberg le 16 septembre prochain sous la présidence du Dr Cattani. Le 15, à 8 1/2 h. du soir, réunion familière; le 16, séance à 8 h. du matin. Banquet à 2 1/2 h. — Les participants sont priés de s'annoncer à M. le Dr Cattani, Engelberg.

Congrès. — Le cinquième *Congrès international d'obstétrique et de gynécologie* qui devait avoir lieu à Saint-Pétersbourg en septembre prochain a été ajourné de nouveau et se tiendra du 11 au 18 septembre 1907.

OUVRAGES REÇUS. — Manouvrier, de Valenciennes. — Mines de houille rendues réfractaires à l'ankylostome par des eaux salées de filtration; broch. in-8° de 27 p. Paris 1905, Rousset.

Valobra. — Les œdèmes circonscrits aigus et chroniques sous la dépendance du système nerveux (Rôle de la sécrétion lymphatique dans leur pathogénie); broch. in-8° de 38 p. avec 1 fig. et 1 pl. Ext. de la *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1905, n° 2-3. — Pathogénie des œdèmes d'origine nerveuse (urticaire, œdème de Quincke, trophœdème), 3 p. in-8°; ext. des *C. R. de la Soc. de neurol. de Paris*, séance du 2 mars 1905. — Sulla Röntgenterapia delle adenopatie tubercolari non suppurate; 9 p. in-8; ext. du *Giorn. della r. Acad. di Torino*, 1905, vol. XI, fasc. 5-6.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE, 18 PÉLISSERIE, GENÈVE

Digitized by Google

XXVIme ANNEE. — N° 9. 20 SEPTEMBRE 1906.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Section incomplète du nerf cubital avec lésions paralytiques et trophiques et persistance de la sensibilité. Suture secondaire du nerf. Résultat constaté un an après l'opération.

Par le Dr Alfred-L. Dupraz

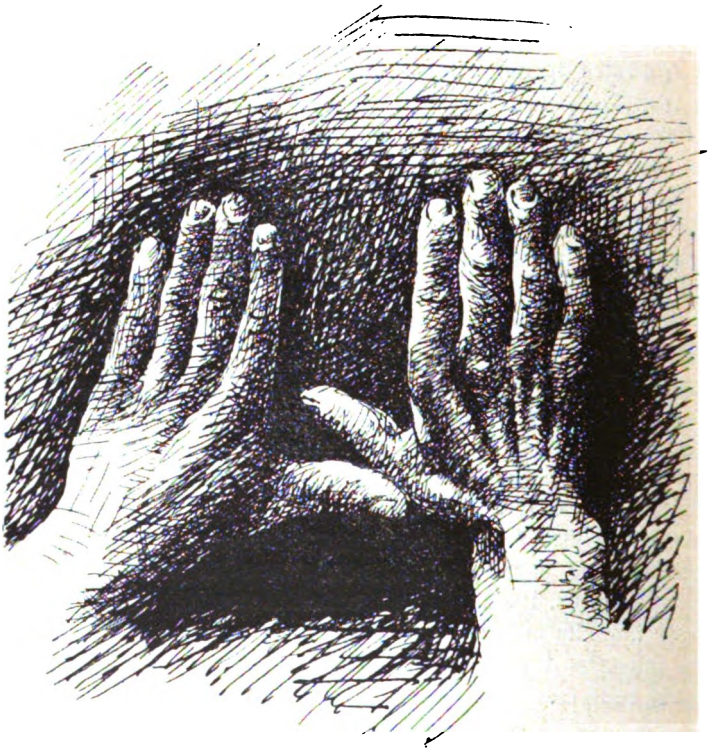
Les lésions des gros troncs nerveux occupent une grande place dans la chirurgie des traumatismes. La nature de ces organes, leur action physiologique si spéciale dans sa production et dans ses effets le font supposer et la variété des troubles dont leurs lésions sont la cause et qui rend quelquefois le diagnostic de ces lésions bien difficile au moment de leur production ainsi que les troubles fonctionnels graves dont leur méconnaissance peut être suivie le montrent dans la pratique de tous les jours. L'observation du malade qui fait l'objet du présent travail, prouve une fois de plus les difficultés que peut rencontrer l'établissement d'un diagnostic précis. Dans notre cas les relations entre les symptômes observés et la lésion nerveuse ne paraissent pas cadrer avec les notions généralement admises. Il s'agit d'une section incomplète du nerf cubital pour laquelle nous avons fait la suture secondaire. Nous avons pu constater les résultats de l'intervention opératoire un an après celle-ci.

M., Arsène, 27 ans, cultivateur, a reçu dans le courant du mois d'avril 1904, un coup de ciseau de menuisier à la face antéro-interne de l'avant-bras droit. Les circonstances de l'accident sont difficiles à faire préciser. Un médecin fit l'hémostase, la suture des téguments et la plaie cutanée guérit rapidement. Mais depuis ce moment, M... remarque que la force de la main diminue progressivement en même temps que cette main *maigrit*. L'incapacité de travail étant devenue complète, M... vient me

Digitized by Google

voir le 20 février 1905. C'est un beau jeune homme, vigoureux et en parfait état de santé.

Je constate à l'avant-bras droit, à son bord antéro-interne, à l'union de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, une cicatrice rose, lisse, ovalaire, longue de 4 cm., large de 5 mm. à son axe transversal, à grand axe dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Il existe à ce niveau une dépression limitée à la palpation par une arête résistante constituée par l'aponévrose antibrachiale. Par cet orifice sous-cutané, les doigts pénètrent sans rencontrer d'obstacle jusque sur le cubitus; il existe une large solution de continuité de l'aponévrose et de la musculature épitrochléenne.



La main présente les déformations de la griffe cubitale avec atrophie des interosseux, de l'adducteur du pouce et de l'éminence hypothénar [1].

[1] Nous devons le dessin à l'obligeance et au talent de notre ami le Dr Morand.

Digitized by Google

La pression est très faible quand le malade serre la main. La sensibilité, dans la région innervée par le cubital est affaiblie, mais elle existe incontestablement. Le bord cubital, en particulier, n'est pas totalement anesthésié, comme c'est le cas habituel. Pas de troubles trophiques cutanés; la région est cyanosée et un peu plus froide que la partie symétrique de l'autre avant-bras.

Le *diagnostic* ne peut être douteux : section du cubital au tiers supérieur de l'avant-bras, paralysie et atrophie musculaire consécutives. Cependant, la persistance de la sensibilité est un peu surprenante : dynamogénie ou suppléance par les anastomoses avec d'autres branches du plexus brachial? L'état avancé de l'atrophie dispense de rechercher les réactions électriques de la musculature.

Le *pronostic* est précis : il ne peut se produire aucune amélioration spontanée.

Un seul *traitement* s'impose : la suture des extrémités sectionnées.

Le malade accepta l'intervention à laquelle je procédai le 27 février 1905.

Opération : Narcose à l'éther par le Dr Zoppino ; le Dr Andreæ m'assiste. Après les soins habituels pour assurer l'antisepsie des téguments, j'incise ceux-ci dans la cicatrice. Les muscles sectionnés lors de l'accident sont rétractés en fuseaux réunis entre eux par du tisssu cicatriciel. Ce sont le cubital antérieur, la partie interne du fléchisseur superficiel et le fléchisseur profond. La section a porté plus haut que le point d'accollement de l'artère cubitale avec le nerf. Dans ce tissu cicatriciel la recherche du nerf est difficile et, sans m'y attarder trop longtemps, je vais le chercher plus haut, l'isole en descendant et procède de même au-dessous du point où il est sectionné. Cette dissection me fait constater que *la section n'est pas complète :* quelques faisceaux de fibres, représentant à peu près le cinquième du diamètre du nerf, sont intacts à son bord interne. La partie sectionnée s'est rétractée en formant un angle à sommet interne dont les côtés sont distants d'un centimètre au bord externe. Les deux tranches sont étalées en éventail. Le cordon lui-même, au-dessous de la section, est de volume et d'aspect normal.

Après libération des deux tronçons hors de leur gangue cicatricielle, je détache sur chaque lèvre de la plaie du nerf une bandelette parallèle au bord sectionné de façon que les faisceaux nerveux se montrent bien nettement sur la tranche ainsi avivée. Quatre points de suture névrilématique passés avec une fine aiguille chargée de catgut permettent un affrontement exact, facilité par la mobilisation des deux segments. Il va sans dire que la partie du cubital qui était intacte a été soigneusement respectée.

J'avive ensuite les muscles, les réunis par des sutures perdues au catgut, fais une hémostase soignée et termine l'opération en plaçant un petit drain allant de la profondeur vers l'un des angles de la plaie cutanée. Agrafes pour réunir les téguments. Pansement stérilisé sec.

Digitized by Google

Le drain est enlevé le second jour, les agrafes le sixième ; guérison par première intention. Le malade rentre chez lui sans qu'il soit possible d'être absolument certain de la réparation nerveuse vu le peu de temps écoulé depuis l'opération et l'intégrité d'une fraction du nerf.

M. est venu me voir le 6 mars 1906. L'atrophie des muscles a notablement diminué, mais elle n'a pas complètement disparu. Tous les mouvements de la main sont possibles. La sensibilité est complète, la force de main est récupérée, le malade a pu reprendre son travail et il se considère comme aussi bien qu'avant l'accident. La réussite de l'intervention est donc complète comme on pouvait l'espérer d'après les conditions de l'opération.

Comment expliquer la paralysie des muscles et leur atrophie à la suite d'une section partielle du nerf? Si nous nous reportons à l'anamnèse, nous voyons que les troubles ont apparu quelque temps après l'accident et sont allés en progressant. La perte des fonctions du nerf n'a donc pas été totale d'emblée. Cette progressivité peut être expliquée par les phénomènes de la cicatrisation profonde : la partie intacte du nerf a été englobée dans le tissu cicatriciel et comprimée de plus en plus par la rétraction de ce tissu. Quant au maintien de la sensibilité, il faut admettre la suppléance par des anastomoses avec les nerfs voisins, à moins que l'on ne veuille invoquer la théorie de la dynamogénie et de l'inhibition de Brown-Séquard. La section portait au-dessus de la division du cubital en ses diverses branches et l'on ne peut admettre que les fibres sensitives fussent groupées dans la partie respectée du nerf. La compression de cette partie rendait toute conductibilité impossible.

L'atrophie de la musculature, à la main surtout, a atteint un haut degré et la réparation après la suture s'est faite lentement, puisque, un an après l'opération, elle n'est pas encore complète. Toutefois la déclaration du malade au sujet du retour de la force de la main semble indiquer que, si les fibres musculaires ne sont pas totalement régénérées, la qualité de celles qui existent s'est améliorée beaucoup et que, par conséquent, les troubles trophiques disparaissent aussi à leur tour. Il n'est pas moins constant qu'une atrophie qui a mis un an à se produire, n'a pas complètement disparu un an après l'intervention. Il est vrai de dire que nous ne connaissons pas le moment précis où le nerf a repris ses fonctions.

Digitized by Google

Au point de vue pratique, le premier enseignement qui ressort de l'histoire de notre malade, est que toutes les fois que le médecin doit intervenir pour un traumatisme intéressant une région où passent des nerfs, cordons principaux ou filets secondaires importants, il doit y penser, aller à leur recherche et vérifier leur état. L'hémostase se fait toujours à cause du danger immédiat, mais on oublie trop facilement les autres organes qui ont pu être lésés et ce sont assurément les tendons et les nerfs qui souffrent le plus de ces oublis. La statistique des accidents du travail montre la fréquence de ces défauts d'investigation et de restauration. L'impotence fonctionnelle ne servira pas toujours à établir le diagnostic de la lésion, car cette impotence peut n'apparaître que consécutivement, même au cas d'une lésion grave. Ce retard d'apparition peut reconnaître diverses causes, ou plutôt il donne lieu à diverses interprétations théoriques, mais le chirurgien ne doit jamais oublier que la section d'un nerf *veut être cherchée* au moment de l'accident. Il n'en est plus de même, inutile de l'ajouter, lors d'une intervention secondaire.

Un autre enseignement est que la réparation opératoire s'impose. Les nerfs sectionnés ont une trop grande tendance à la rétraction pour que l'on puisse espérer que les extrémités des deux cordons resteront en contact. Cette réparation peut être *primitive*, lors de l'accident, ou *secondaire*, quand elle a été omise plus tôt. Dût-elle ne pas réussir, l'état du membre malade n'en sera pas aggravé. Elle consistera dans la suture du tronc nerveux avec avivement préalable, s'il y a lieu.

Cette suture a inspiré divers procédés sur lesquels il n'y a pas lieu d'insister ici, les traités de médecine opératoire les donnent par le menu. Retenons seulement les règles suivantes : 1° quel que soit le mode de suture, il ne doit pas étrangler les tubes nerveux ; 2° si la suture ne permet pas une coaptation exacte à cause de l'éloignement des deux fragments du nerf, il faut la faire quand même, les fils de suture jouant le rôle de tuteurs pour les jeunes fibres que le bout central pousse à la rencontre du bout périphérique et la traction des fils mettant en jeu l'élasticité des cordons nerveux ; 3° il ne faut jamais sectionner la partie intacte d'un nerf ; ce serait aggraver la situation en cas d'insuccès, sans favoriser la guérison par une meilleure coaptation qui peut s'obtenir sans cela. Il faut se

Digitized by Google

contenter de dégager cette partie comme tout le cordon nerveux de la gaîne cicatricielle qui l'enserre, la compression de cette gaîne pouvant à elle seule entraver les fonctions de l'organe.

La condition *sine qua non* de réussite de ces sutures est la guérison par première intention. Il faut donc l'asepsie la plus rigoureuse. Elle est plus facile à obtenir dans les interventions secondaires que dans les primitives, et il est bien facile de le comprendre. Dans celles-ci la plaie contient toutes les impuretés qui y ont pénétré avec l'agent causal ou après lui et, malgré toutes les précautions, on n'est pas certain de s'en débarrasser complètement. On y parvient cependant, comme le montrent les résultats obtenus. Dans les interventions secondaires on est plus maître de ses mouvements. Nous disons asepsie et non antisepsie; cette dernière a perdu du terrain depuis que l'on a remarqué que les éléments de l'organisme étaient lésés tout autant que les microorganismes par l'action des substances désinfectantes. C'est bien le cas ici de ne pas courir le risque d'altérer par des traitements intempestifs des éléments aussi délicats que ceux du système nerveux et de causer une mortification des tissus qui empêche la leucocytose et enlève, dans le milieu de culture créé par la plaie, toute possibilité de phagocytose et de sérothérapie par apport sanguin.

La recherche du nerf dans la cicatrice peut être difficile à cause de l'aspect, du mode de se comporter des deux extrémités, de la confusion avec le tissu conjonctif, etc. Le mieux est d'isoler les tronçons au-dessus et au-dessous de la partie lésée d'après les indications de la médecine opératoire et de les disséquer en convergeant.

La guérison rapide et complète sera assurée par une hémostase soignée, un nettoyage minutieux du champ opératoire et par le drainage qui empêchera toute stagnation des exsudations secondaires.

Digitized by Google

Quelques modifications apportées à la technique de la séparation des urines des deux reins au moyen du séparateur du Dr Luys.

Par le Dr Oscar Beuttner

Privat-docent d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Genève.

Le Dr Luys a le mérite incontestable d'avoir fait construire un « séparateur » permettant de séparer les urines des deux reins d'une manière satisfaisante. Il a décrit lui-même la technique de la séparation dans son livre intitulé : « *La séparation de l'urine des deux reins* ».[1]

Afin que chacun puisse juger par lui-même en connaissance de cause des modifications que nous avons apportées à cette technique, ainsi que de leur opportunité, nous donnons d'abord *in extenso* la description de celle du Dr Luys, puis celle de la nôtre, et nous terminons par quelques développements complémentaires destinés à faire ressortir les avantages de nos modifications.

I. — *Technique de la séparation des urines des deux reins d'après le Dr Luys.*

« La malade n'ayant pas uriné depuis le plus longtemps possible, est couchée horizontalement sur une table, de manière que son siège vienne en affleurer le bord, et que ses pieds reposent de chaque côté sur un plan solide. On lave le méat et l'urètre antérieur comme avant tout cathétérisme, et l'on introduit une sonde molle dans la vessie, recueillant dans un tube l'urine qui s'y trouve, pour la comparer macroscopiquement, microscopiquement et chimiquement à l'urine qu'on va recueillir dans un instant de chacun des deux reins.

La vessie est alors soigneusement lavée jusqu'à ce que l'eau de lavage ressorte claire, ce dont on peut s'assurer en la recueillant dans un verre. Puis, 30 ou 40 grammes d'eau boriquée sont laissés dans la vessie, de manière à amorcer les siphons constitués par les sondes du séparateur. On aura bien soin pendant tout ce temps de ne pas injecter d'air dans la vessie, ce qui empêcherait les sondes de bien siphoner.

Le séparateur est alors abondamment lubréfié, etc....

[1] Masson & Cie, Paris 1904.

Digitized by Google

Chez la femme, on présente l'instrument au méat, et on le pousse lentement et doucement dans l'urètre, etc....

.... La malade est alors mise en position assise, en relevant son tronc soit avec le dossier d'une table spéciale, soit avec des

Fig. 1.

oreillers et une chaise renversée. Ceci fait, on ramène légèrement à soi l'instrument, de manière que la courbure du séparateur vienne bien repérer le col vésical. Puis on relève doucement

Digitized by Google

le manche. ce qui applique exactement la convexité des sondes sur le bas-fond vésical.

Si l'on a soin de combiner avec une grande douceur les deux mouvements: la traction légère à soi, puis l'élévation du manche de l'instrument, on peut être certain que le cloisonnement est parfait, et que les urines ne se mélangent pas....

On attend ensuite patiemment que l'écoulement de l'urine se fasse par les sondes. En effet, il ne faut pas être trop pressé de recueillir ce qui coule des sondes, car, de l'eau boriquée que l'on a introduite dans la vessie pour amorcer les sondes, il reste encore quelques gouttes, lesquelles poussées par derrière par l'urine sortiront les premières des sondes....

C'est seulement quand on voit s'établir rythmiquement les jets d'urine par les sondes, quand le liquide évacué commence d'être teinté, qu'alors on place sous les sondes deux tubes pour recueillir les urines séparées. Le manche de l'instrument peut alors être fixé sur un support, et l'opération est abandonnée à elle-même. (Voir fig. 1).

En fait, je ne me sers qu'exceptionnellement de ce support, et j'estime même que son usage est défecteux.... La main de l'opérateur, au contraire, suit les mouvements du malade, et maintient toujours exact le repérage du col..... »

II. — *Technique modifiée de la séparation des urines des deux reins.*

La malade ayant pris un lavement le matin même de l'examen, et ayant introduit un suppositoire de belladonne et d'opium une heure avant de venir chez le médecin, est placée sur ma table [1], en position déclive. (Voir fig. 2).

A l'orifice externe de l'urètre est appliqué pour quelques minutes un tampon d'ouate imbibé d'une solution de cocaïne à 2 %; on pratique ensuite une injection intraurétrale d'antipyrine en solution aqueuse à 4 % [2].

Cinq minutes plus tard, on commence à laver soigneusement la vesssie et on y laisse une assez grande quantité d'eau boriquée, si possible jusqu'à 100 grammes.

Les orifices externes des deux sondes qui constituent entre

[1] O. Beuttner. Une nouvelle table pour diagnostic et massage gynécologiques dans la position déclive. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, Avril 1903.

[2] Voir: Kolischer. Maladies de l'urètre et de la vessie chez la femme. Trad. par O. Beuttner. Paris 1900, Alcan, p. 10.

Digitized by Google

autres le séparateur, ont été munis chacun d'un tube en caoutchouc, tubes pincés tous deux d'une seule et même pince-clamp.

Le séparateur est introduit dans la vessie comme l'a décrit le Dr Luys. L'instrument étant bien en place, on applique sur les cuisses, dirigées horizontalement, une barre métallique [1] qui porte une sorte de pince destinée à fixer le séparateur (Voir fig. 3).

Fig. 2.

Pendant que la main gauche se charge de tenir le séparateur bien en contact avec la muqueuse vésicale, la main droite se porte à la manivelle de la table, et par la crémaillère, transporte la malade de la position déclive en passant par la position horizontale, à une position légèrement déclive en avant, position

[1] Voir : O. Beuttner. Nouveaux instruments dans le domaine de l'urologie. *Revue médicale de la Suisse rom.*, Août 1899.

Digitized by Google

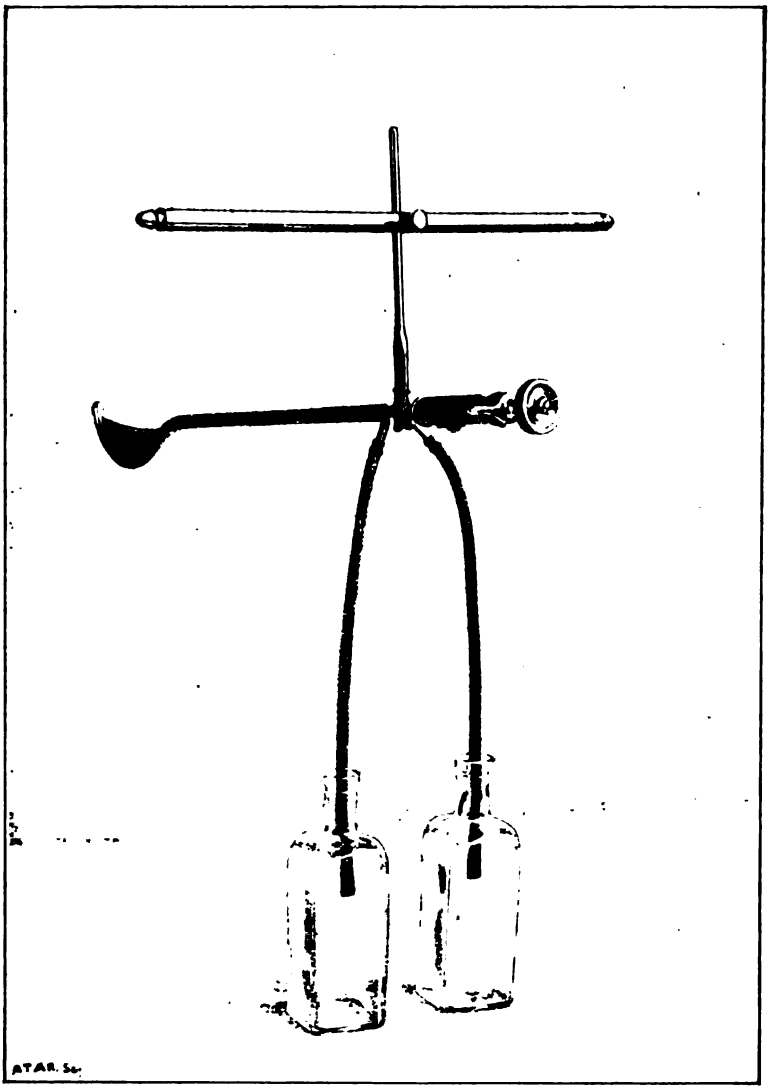


Fig. 3.

Digitized by Google

nettement caractérisée par la figure 4, avec la seule différence que le dos doit être plus vertical, comme l'indique la figure 1, et les porte-jambes assez bas (Voir fig. 2), pour que les cuisses soient horizontales.

C'est à cet instant seulement que l'on enlève la pince-clamp, et qu'on laisse couler l'eau boriquée retenue après le lavage vésical. Sitôt que l'urine commence à apparaître, on place, toujours avec la main droite, les tubes de caoutchouc dans les

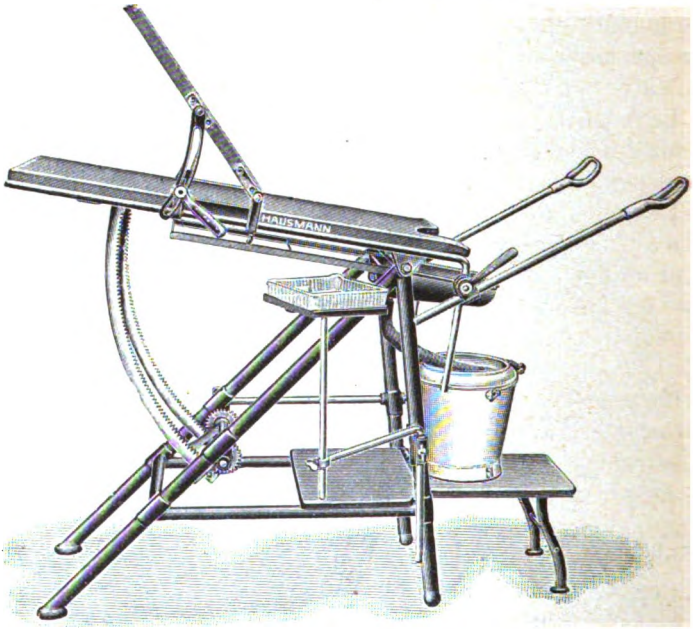


Fig. 4.

deux flacons préparés d'avance, de sorte que chacun d'eux porte sur une étiquette le nom de la malade, la date de l'opération et l'indication du côté respectif du rein.

Si pour une raison ou une autre, le siphonage n'entre pas en fonction, on peut injecter dans un des tubes de caoutchouc une certaine quantité d'eau boriquée. Dès que ce liquide, après avoir traversé la vessie, sort de l'autre tube, on érige la cloison et la séparation commence.

Les deux flacons reposent sur une petite table, qui, dans d'autres circonstances, sert de table pour instruments, accessoires, etc.

Digitized by Google

III. — *Quels sont les avantages de nos modifications apportées à la technique de la séparation des urines des deux reins ?*

L'emploi de ma table permet de procéder sans aucune assistance, l'aide qui doit faire passer la malade de la position horizontale (Luys) à la position assise étant superflu et devenu inutile.

La barre métallique transversale posée sur les cuisses et munie de la pince-support à ressort, donne une certaine fixité au séparateur, même si, par malchance, la malade remuait ; elle garantit en outre une plus parfaite adaptation au fond du col vésical.

Le médecin ne se fatigue pas outre mesure, même s'il doit tenir l'instrument en main pendant un laps de temps assez prolongé (jusqu'à une heure).

Les deux tubes d'écoulement d'abord pincés, ne permettent pas à l'eau boriquée de sortir de la vessie avant que le séparateur ne soit appliqué exactement sur la paroi vésicale. La pince une fois ouverte, l'eau boriquée (100 grammes si possible) rend l'amorce et le siphonage parfaits.

Si l'on injecte seulement 30 grammes dans la vessie, et si les orifices externes des deux sondes du séparateur ne sont pas fermés, il se peut alors que l'eau boriquée s'écoule, avant que l'instrument ait pû être placé correctement, et que l'amorce ne se fasse pas. Dans ce cas, tout serait à recommencer. La position indiquée sur la figure 4 permet à l'urine de s'écouler très facilement.

Comme, après l'introduction des tubes en caoutchouc dans les flacons, l'urine coule directement dans ces derniers et que ceux-ci sont d'un volume beaucoup plus grand que les éprouvettes du Dr Luys, on n'a à effectuer aucun transvasement de l'urine pendant l'opération; on obtient ainsi une plus grande stabilité du séparateur, ce qui évite toute cause d'erreur provenant d'une confusion possible des urines pendant les transvasements.

J'espère que ces quelques modifications trouveront l'assentiment de ceux de mes confrères qui s'occupent plus spécialement des maladies des voies urinaires.

Digitized by Google

Sur deux cas de fièvre hystérique

par le Dr Issaïlowitch-Duscian
Privat-docent à la Faculté de médecine de Genève

L'existence de la fièvre hystérique a toujours été et est encore contestée, ce qui s'explique fort bien par le progrès incessant des sciences médicales ; celles-ci, en effet, ont pu déterminer l'origine réelle de tant de manifestations morbides méconnues qu'on en est à douter qu'il puisse exister une pyrexie sans pathogénie bien définie et cela avec raison, car beaucoup de ces fièvres nerveuses dont les anciens parlaient si souvent cachaient au fond un trouble pathologique concomitant ignoré, tel qu'une autointoxication ou une lésion organique. Le prof. Dubois lui-même est forcé de reconnaître que « *parmi les symptômes de l'hystérie*, il a quelque peine à reconnaître une origine mentale, l'influence idéogène, de la fièvre hystérique. » Mais il y a tout de même des fièvres qui, malgré un examen rigoureux, ne peuvent être mises sur le compte d'aucune autre manifestation morbide que l'*hystérie*, cette névrose si répandue de nos jours.

Mise en suspiçion après les critiques de Bouchut [1], il fallut les observations de Briand, de Briquet, de Gagey et surtout les cas présentés par le prof. Debove, suivis bientôt de ceux de Barié, Deleuil, Chauveau, Fabre, Crouzet [2], pour que l'existence d'une fièvre hystérique triomphât des dernières résistances. Actuellement la question est définitivement jugée et les reproches de simulation ou d'observation insuffisante ne valent plus, en présence de nombreux faits authentiques et indiscutables.

La fièvre hystérique affecte une marche continue ou rémittente, quelquefois intermittente avec exaspération vespérale ou matinale. La température peut atteindre 41 à 43° et plus. Après une durée qui varie de quelques jours à plusieurs années, cette fièvre disparait brusquement du jour au lendemain. Elle ne s'accompagne pas le plus souvent des troubles généraux qui forment le cortège habituel des pyrexies ; parfois cependant on observe du malaise, de la courbature, de la céphalalgie, une langue saburrale, des sueurs et l'accélération du pouls, mais

[1] Voir : Pinard, De la pseudofièvre des hystériques, *Thèse de Paris* 1883.
[2] Crouzet, Fièvre hystérique, *Thèse de Paris* 1895.

Digitized by Google

ces symptômes sont incomplets et en désacord avec l'élévation de la température [1].

Ajoutons que l'absence d'amaigrissement a été notée [2] ; dans un cas rapporté par Affleck [3] le malade augmenta même de plusieurs livres. D'autre part M. Dubois [4] a observé que les malades atteints de fièvre hystérique sont généralement amaigris, qu'ils ont le souffle court, que leur capacité pulmonaire parait diminuée au spiromètre et que ces signes les font prendre pour des tuberculeux par la majorité des médecins.

Tantôt la fièvre hystérique reste isolée, monosymptomatique, tantôt elle accompagne d'autres manifestations de la névrose. Dans ce dernier cas les symptômes se groupent souvent de telle manière qu'ils simulent une maladie organique fébrile. Un certain nombre de ces symptômes fébriles simulateurs méritent une mention spéciale.

Citons en premier lieu la *pseudo-fièvre typhoïde hystérique* dont Hanot a donné une observation très instructive [5] : Une jeune femme, qui venait de soigner dans sa propre famille trois cas de fièvre typhoïde, entre à l'hôpital avec tous les signes de la dothiénentérie : épistaxis, céphalalgie, vertiges, courbature, etc. Mais l'affection avait eu un début brusque, les urines étaient abondantes et la prostration faisait défaut. En outre la malade, qui ne présentait aucun stigmate hystérique actuel, avait eu jadis des attaques de nerfs. S'appuyant sur ces signes discordants, Hanot diagnostiqua l'hystérie et l'évènement lui donna raison. Le tableau de la fièvre typhoïde s'était gravé à son insu dans le cerveau de la malade qui n'avait pas tardé à l'extérioriser. Les antithermiques n'amenèrent aucun résultat ; le bromure de potassium fut plus heureux, sans doute par action suggestive.

L'hystérie fébrile peut aussi simuler la *méningite* et la *tuberculose pulmonaire*. Le prof. Dubois rapporte en détail, dans son livre, un cas où elle pouvait être prise pour cette dernière affection. « Cette fièvre, ajoute-t-il, ressemble fort à la fièvre hectique de la tuberculose ; la température atteint le soir 37°,8,

[1] Boulay. De la fièvre hystérique, *Gaz. des hôp.*, 1890.
[2] Sarbo, de Budapest. Ueber hysteriche Fieber, *Archiv. f. Psych.*, Bd. XXII, H. 2.
[3] Affleck, d'Edimbourg. *Sem. méd.*, 1892.
[4] Dubois. Les psychonévroses, Paris, IIme édition, p. 212.
[5] Hanot. Sur un cas ds fièvre hystérique, *Soc méd. des hôp. de Paris*, 28 avril 1893.

Digitized by Google

38°, dépasse quelquefois 38° de quelques dixièmes. L'écart entre la température du soir et celle du matin est généralement moindre que dans la phtisie ; aussi la chute matinale de la température se manifeste-t-elle moins nettement par les sueurs profuses. La température du matin dépasse souvent 37° ; il semble qu'il s'agit d'une température normale mesurée avec un thermomètre donnant quelques dixièmes de trop. Les malades paraissent être plus indifférents à leur fièvre que les phtisiques ; souvent elles ignorent qu'elles en ont et, quand un jour la température s'élève de quelques dixièmes, on ne surprend aucun symptôme qui indique une aggravation. »

Lorentzen [1] a rapporté un cas où la maladie s'était accompagnée d'hémoptysies, de dyspnée, de points de côté et dura deux mois. Un soir la température axillaire prise par le médecin lui-même, s'éleva jusqu'à 44°,8. La guérison survint sans qu'on n'ait jamais pu trouver aucun signe de tuberculose.

Une malade de Putnam-Jacobi [2] présentait tous les signes d'une paramétrite avec fièvre. L'examen physique ne révéla aucun foyer morbide et la suggestion verbale suffit à tout faire disparaître.

Dans un fait d'Estèves [3] la fièvre s'accompagna de douleurs articulaires et dura vingt et un jours. Cette fièvre et ces douleurs qui avaient résisté au salicylate et à la quinine cédèrent facilement à la suggestion.

Décrivons maintenant, après ce court exposé historique, nos deux cas en rapportant le premier d'une façon un peu détaillée, afin de faire mieux ressortir tout le complexus mental d'une hystérique et de montrer la difficulté qu'on éprouve souvent chez les malades de cette nature pour arriver à un diagnostic exact.

Obs. I. — Mme X., polonaise, agée d'environ 26 ans. Elle appartient à la classe bourgeoise ; elle fait à première vue l'impression d'une femme qui souffre, elle inspire l'intérêt et la pitié. Intelligente, d'un aspect agréable, elle parle facilement et avec beaucoup de détails sur sa maladie ou mieux sur ses maladies, employant des expressions médicales à propos de chacun des symptômes de son mal ; elle a retenu le nom de tous les médicaments qu'elle a pris, de tous les diagnostics portés sur son état et des divers traitements chirurgicaux qu'elle a subis.

[1] Lorentzen. *Centrabl. fur klin. Med.*, 1899.
[2] Citée dans le Manuel de médecine de Debore et Achard, t. IV, p. 348.
[3] Estèves. *Nouv. iconographie de la Salpétrière*, 1892.

Digitized by Google

Antécédents familiaux : Elle n'en a presque pas, sauf les bizarreries d'un oncle ; ses parents sont tous bien portants.

Antécédents personnels : Dans sa première jeunesse son caractère était insupportable ; elle se querellait avec ses sœurs, les taquinant, les battant même. A l'école elle fit bien ses études, et elle suivit convenablement le gymnase. Elle aimait la lecture et lisait à tort et à travers tout ce qui lui tombait sous la main ; elle faisait volontiers parade, en femme savante, de tout l'amas de connaissances qu'elle avait acquis. Orgueilleuse, elle voulait partout s'imposer et recueillir la sympathie, c'est peut-être cela qui l'a poussée à « se présenter toujours comme malade ». A 18 ans elle se plaignit d'une maladie de la gorge qui inquiéta ses parents. Elle-même les effraya encore plus, en disant qu'elle était convaincue d'être atteinte de tuberculose laryngée. Elle consulta un grand nombre de médecins qui lui prescrivirent tous les gargarismes et badigeonnages possibles, toutes les inhalations et pulvérisations imaginables, mais elle guérit brusquemment après avoir consulté un laryngologue qui lui persuada qu'elle n'était pas malade, et que le peu de rougeur qui teignait son arrière-gorge n'était pas dû à la tuberculose ; il lui montra qu'il présentait lui-même la même rougeur sans s'en porter plus mal et lui conseilla de se distraire, de changer de résidence ; c'est ce qu'elle fit en allant faire un séjour chez un parent, en pleine campagne ; là elle oublia sa maladie, s'adonnant avec passion au jardinage. Elle y fit aussi la connaissance d'un homme deux fois plus âgé qu'elle qui demanda sa main ; elle accepta et deux mois plus tard elle se maria, mais elle déclara à ses sœurs, qu'étant si délicate elle ne pourrait jamais subir les approches d'un homme sans en rester pour toujours malade, que son union serait purement platonique ; cependant elle finit par accepter la vie conjugale, après l'avoir refusée pendant plus d'une année et elle tomba malade dès le deuxième jour.

Depuis lors sa vie devint un enfer, un enchaînement continuel de maladies qui se succédèrent. Ce furent d'abord des métrorragies très abondantes ; pendant plus de quinze jours par mois elle était clouée au lit par des douleurs et des pertes utérines. Elle consulta en Russie ; on lui proposa un raclage qu'elle accepta, mais qui n'arrêta pas l'hémorragie. Elle vint en Suisse, et fut traitée successivement à Genève par plusieurs gynécologues. On lui trouva une rétroversion, une métrite hémorragique, une ovarite ; elle porta un pessaire, elle subit un nouveau curettage, mais le sang coulait toujours. A Lausanne, le prof. Roux lui recommanda d'avoir un enfant : elle perdrait ainsi moins de sang ; il l'exhorta à s'occuper davantage et à moins penser à ses maux, l'excellent chirurgien s'était aperçu qu'il avait affaire à une hystérique.

Elle rentra désespérée en Russie, où elle recommença à parcourir toutes les villes universitaires. Elle séjourna à Kharkow où on essaya du massage utérin et de l'électricité. A Kiew un maître lui trouva un rein mobile et lui conseilla le port d'un bandage, puis, en cas d'insuccès, une opération. A Alupka (Crimée), où elle fut envoyée par une autre sommité,

Digitized by Google

un jeune docent lui trouva une lithiase rénale et elle fut traitée en conséquence.

Il manquait à toutes ces maladies un parasite et le médecin de campagne de l'endroit où elle vivait entre deux voyages, se chargea de lui trouver un tænia, et elle souffrait en outre de botriocéphalose. On examina journellement au microscope ses urines et ses matières fécales.

Elle en était là de ses maladies au début de l'année 1904 quand elle se rendit à Moscou. Un professeur qu'elle y consulta, fit faire par ses assistants une analyse détaillée de tous ses produits et éléments physiologiques. On lui trouva dans le sang l'hématozoaire de Laveran. Le professeur diagnostiqua la malaria et lui expliqua comment on n'avait pas su jusqu'ici la guérir, puisqu'on ignorait la cause de son mal. Il lui prescrivit la quinine et l'arsenic, et un séjour prolongé en Crimée ; aussitôt métrorrhagie, calculs et tænia disparurent comme avec une baguette magique pour laisser place à la malaria qui occupa dès lors la malade. Elle se procura des thermomètres à maxima, elle prit régulièrement sa température, qu'elle enregistrait sur une feuille *ad hoc*, mais ni la quinine, ni l'arsenic, ni l'habitation en Crimée ne diminuèrent le mal.

Elle se décida, après avoir pris conseil d'un médecin, à passer l'hiver à la Riviera, et partit pour Cannes. En traversant la Suisse, elle consulta à Genève le prof. Mayor, vers le mois de janvier 1905. Elle lui raconta toute l'odyssée de sa maladie, comment depuis sa consultation à Moscou, tous ses anciens symptômes avaient disparu. M. Mayor ne put retenir son étonnement : « Alors, dit-il, votre malaria vous a guéri des autres maladies ». Il reconnut immédiatement qu'il avait à faire à une hystérique, ce qui ne l'empêcha pas de la soumettre à un examen sérieux. Mais on ne trouva rien dans le sang ; les urines déposaient beaucoup d'urates qui avaient été probablement pris pour du sable par les médecins qui avaient diagnostiqué la lithiase rénale[1]. M. Mayor, ayant conclu en conséquence à une fièvre hystérique, conseilla à sa malade la psychothérapie rationnelle et morale et voulut l'adresser au prof. Dubois à Berne, mais Mme X., assez mécontente, continua son voyage et arriva à Cannes, où elle fut traitée pendant trois mois pour *anémie fébrile*. Elle prit du cacodylate en injections, de la quinine et du fer. Mais la malaria ne guérit pas et elle rentra en Russie aussi malade qu'auparavant.

A Varsovie on lui conseilla de se rendre dans un sanatorium, mais son mari s'opposa cette fois-ci formellement à tout nouveau départ et la reconduisit à leur maison de campagne. C'est à ce moment que j'eus l'occasion de l'observer et de la suivre.

[1] Ce dépôt n'est du reste pas rare. Le prof. Dubois dit à ce propos *(loc. cit.*, p. 387) : « Quant aux dépôts d'urates, ils ne se forment le plus souvent que par le refroidissement d'urines concentrées et il est fâcheux que tant de médecins se basent sur ce simple fait d'un sédiment rouge pour donner encore à leurs neurasthéniques une nouvelle phobie, celle de la gravelle urique ».

Digitized by Google.

Etat présent : Mme X. est fortement amaigrie ; face pâle, yeux cernés ; elle se fatigue facilement et est obligée d'être couchée sur une chaise longue toute la journée. Elle se plaint que chaque mouvement provoque chez elle des douleurs lombaires, et, bien que je ne puisse rien constater du côté de son foie, de ses reins et de sa rate, comme on l'avait assurée que dans la fièvre intermittente il y a une hypertrophie de la rate et du foie, elle veut absolument me prouver qu'elle en est atteinte. Elle se plaint en outre de céphalalgie, de nausées ; son appétit est mauvais, elle ne se nourrit qu'à peu près, elle a le dégoût de ce qu'elle mange et de fréquents vomissements alimentaires.

Ses accès de fièvre sont journaliers, mais ne s'accompagnent pas de frisson. Elle les décrit à peu près comme suit : Vers huit heures du matin légère sensation de froid dans le dos, suivie d'une bouffée de chaleur qui la fait fortement transpirer. A ce moment le thermomètre marque 38°,2 et souvent 38°,8. J'ai contrôlé moi-même pendant 22 jours la température ; elle a été toujours élevée, ne dépassant pas 39°, mais oscillant entre 38 et 39°. Le soir elle baisse et la malade se trouve bien pendant la nuit, pour refaire son accès le deuxième jour, à la même heure.

La quinine, administrée suivant le procédé de Laveran, ne produit aucun effet. J'en ai prescrit jusqu'à deux grammes par jour sans aucun résultat. Les antipyrétiques tels que l'aspirine, l'antipyrine, la phénacétine, seuls ou accompagnés de quinine, ne font pas non plus baisser la température. Il n'y a pas de différence entre les jours sans quinine et ceux où j'en prescris, la température reste toujours la même.

La malade insiste pour se rendre au sanatorium, persuadée qu'elle est qu'elle s'y guérira. Faisons remarquer qu'elle ne profitait nullement de ses séjours à l'étranger pour s'amuser, elle suivait uniquement les prescriptions médicales et vivait en conséquence. Pendant qu'elle habitait la Riviera, elle n'a pas quitté un jour Cannes, le médecin lui ayant recommandé peu de mouvements et elle n'a pas eu la curiosité de visiter le beau pays du midi de France ; elle était donc bien convaincue qu'elle était très malade et que son état réclamait un nouveau départ. J'étais contraire à ce projet, car le sanatorium où elle voulait aller était habité en majorité par des tuberculeux et je craignais pour elle, non la phobie de la phtisie, mais une véritable maladie ; je persuadai donc à son mari de s'opposer sérieusement à tout départ. Il se décida alors brusquement à menacer sa femme d'un divorce, lui offrant du reste tous les dédommagements pécuniaires qu'elle désirerait, mais il lui déclara, catégoriquement qu'il était résolu à ne plus vivre avec elle, *si elle ne renonsait pas à tout voyage et si elle ne commençait pas à s'occuper de son ménage.*

Je ne sais par quel processus mental s'opéra la transformation, quel facteur joua le rôle d'hypnotiseur, mais Mme X. commença quelques jours après à vaquer aux soins de son ménage. Elle, qui ne pouvait

Digitized by Google

rester dix minutes debout sans souffrir de malaises et s'évanouir, supporta de longues stations en plein soleil ; elle, qui après 6 h. du soir n'aurait pu demeurer en plein air de peur d'un frisson, resta des heures entières à assister au trait des vaches. Elle commence à prendre de l'embonpoint, ne parle plus de fièvre, ne prend plus de quinine et elle se trouve actuellement, soit depuis une année, en pleine santé. La crainte du divorce a fait plus que tous les antipyrétiques et que la quinine.

Obs. II. — Y., paysan d'environ 28 ans.

Il se présente à ma consultation presque journellement et chaque fois pour une maladie différente. Il se plaint de respirations incomplètes, d'un nœud qui le serre, de douleurs dans le cœur, d'insomnies. Il visite le médecin d'un district voisin aussi souvent que moi, et il en a vu d'autres encore ; il a été à Kiew, à Odessa, à Minsk, mais personne n'a pu le guérir. C'est un de ces « *neurasthéniques errants* », comme les appelait Charcot[1] ; ce n'est pas un hypochondriaque véritable, car il ne se croit pas atteint de telle ou telle maladie en particulier.

Mon diagnostic de *neurasthénie* fut un jour bouleversé ! Force fût de ne plus trop m'y fier ; j'avais négligé mon malade, quand celui-ci se présenta un beau jour avec une température dépassant 40° ; il était essouflé, haletant, avec une langue rotie, du ballonnement dans la fosse iliaque droite, il se plaignait de céphalalgie et me dit, avoir eu des épistaxis, de la diarrhée et des vomissements. Je crus aussitôt à une fièvre typhoïde, dont il régnait justement à cette époque une épidémie dans la région où j'étais médecin.

Je fais entrer le malade à l'hôpital, et commencer immédiatement le traitement de Brand. Mais ni les bains froids, ni l'antipyrine, ni la quinine ne font descendre d'un degré la température qui reste entre 40 et 40°,3 pendant six jours. Mais, ce qui me paraît bizarre, c'est que le malade conserve la plénitude de son intellect, il a un fort appétit, boit, outre son lait, celui des autres malades et mange du pain qu'il vole, sans en éprouver aucune conséquence fâcheuse.

Cet état aurait pu durer longtemps, si le matin du septième jour depuis son entrée, Y. ne m'avait déclaré être atteint d'anurie, comme son voisin de lit, un vieux prostatique, qui souffrait en outre d'hématurie et de pyurie et auquel je faisais chaque matin un lavage de la vessie dans notre salle d'opération. Au moment de ce lavage, je fis venir aussi Y. dans cette même salle. Il y assista à toute l'opération, pendant laquelle le vieux prostatique, homme très sensible, ne cessa de crier horriblement. Le lavage terminé, j'invite Y. à monter à son tour sur la table pour être sondé, mais il me déclare qu'il a uriné et qu'il ne sent plus dans le bas ventre la douleur dont il se lamentait auparavant. Il quitte la salle et le soir me déclare se sentir mieux. Le thermomètre, il est vrai, indique

[1] Voir : Meige, *Thèse de Paris* 1893.

Digitized by Google

37°,6. Le lendemain il marque 36°,8 et le malade réclame sa sortie que je lui accorde. Je l'ai revu depuis pour d'autres maladies, mais il ne s'est plus jamais plaint d'avoir eu la température élevée.

A quoi attribuer dans ce dernier cas la chute de la température, sinon à la frayeur que le malade a éprouvée en assistant au lavage de la vessie et à la crainte de subir la même opération, car nous n'avons apporté aucune autre modification à son traitement, et la température a néanmoins baissé brusquement.

Ce cas, sera, croyons-nous le premier dans la littérature, aucun auteur, à notre connaissance, n'ayant encore parlé d'une fièvre hystérique chez un individu du sexe masculin ; il prouve que cette fièvre est assez fréquente et peut bien induire en erreur un médecin. Le peu d'attention qu'on lui accorde, car elle n'est pas décrite dans la plupart des traités usuels de médecine, est très regrettable.

Il est vrai que la fièvre hystérique manque absolument de caractères distinctifs et échappe à toute définition ; elle se reconnaîtra cependant à son irrégularité extrême, à l'absence de troubles généraux concomitants ou à la discordance de ceux-ci, à sa résistance aux antithermiques. Son évolution, l'existence d'antécédents et de stigmates hystériques, devront entrer aussi en ligne de compte, mais avant de la diagnostiquer il faudra en tout cas s'être assuré préalablement par un examen attentif, qu'aucune autre affection fébrile plus ou moins cachée n'a passé inaperçue.

RECUEIL DE FAITS

Délire aigu et œdème cérébral

Par le Dr D. Pachantoni.

(Clinique psychiatrique de Genève).

Les antécédents de X, né en 1862, ne présentent rien de particulier, sauf qu'il fut traité à la clinique dermatologique pour chancre mixte et engorgement des ganglions, dès le mois de mars 1904. Les premiers soins lui furent donnés vingt-cinq jours après qu'il se fût infecté chez une prostituée clandestine.

Le 13 février 1905, on lui fit une dernière injection fessière de salicylate de mercure ; le lendemain, le malade se présenta à l'Hôpital cantonal et demanda au chef de clinique de le

Digitized by Google

garder parce qu'il se sentait fou par moments. Il raconta avoir eu, la nuit précédente, des envies de crier, parfois tout lui semblait noir. On le garda en salle commune, mais le soir même, le délire éclata dans toute sa violence. Le malade croyait voir le plancher se fendre et des précipices s'ouvrir à ses pieds ; il attirait sur ce danger l'attention des autres malades, il poussait des cris et, finalement, commença à sauter par dessus les lits. On fut forcé de l'isoler ; il se mit alors à faire un scandale effroyable. Il se donnait des coups, il se heurtait contre le mur avec frénésie, frappait la porte avec une telle force qu'il réussit à l'enfoncer. Cette agitation extrême nécessita son transfert en psychiatrie.

Il entra à l'asile de Bel-Air le 15 février 1905, camisolé, baillonné. On dut recourir à ces mesures prophylactiques, car le malade crachait continuellement et cherchait à mordre ; or, il se trouvait encore en période infectieuse. Il écumait de rage, il insultait son entourage et poussait des rugissements de bête féroce ; au bain, on l'entoura d'une barricade de linge pour empêcher que ses crachats n'atteignissent ceux qui devaient le surveiller.

C'est seulement le lendemain, 17 février 1905, que, avec des précautions infinies, on put lui faire boire une tasse de lait. Il en avait bien réclamé dès le premier jour, mais seulement pour le cracher immédiatement à la figure de l'infirmier. Etant toujours au bain, il criait, traitait son entourage d'assassins et de sales individus ; il remuait continuellement bras et jambes sous le couvercle de sa baignoire « pour transformer le monde qui est méchant ». Il paraissait être en proie à une grande anxiété. Dans de courts moments d'accalmie, on obtint de lui quelques réponses assez exactes.

Pendant les derniers jours, il mangea régulièrement, mais continua néanmoins à maigrir. Il fut impossible de procéder à un examen corporel.

Le 25 février 1905, au moment de la visite du matin, le malade, qui avait passé une partie de la nuit au lit, était tranquille, mais se sentait extrêmement faible. Cela ne l'empêcha pas d'insulter de nouveau les médecins dès que quelques paroles eurent été échangées. Un quart-d'heure après, on le trouva mort dans la même position.

Résumé. — X., vingt-cinq jours après avoir contracté la syphilis, s'est soumis au traitement mercuriel qu'il continua pendant un an sans jamais présenter des phénomènes d'intolérance. Durant ce traitement, il n'a été atteint d'aucune maladie intercurrente.

Tout d'un coup et presque sans prodrômes éclata chez lui une affection caractérisée par une angoisse terrible, un désordre intellectuel très prononcé et une violente exaltation psychomotrice. Il était obsédé par des hallucinations terrifiantes, il paraissait assister à des spectacles épouvantables. Son angoisse se traduisait par des invectives et des violences ; il refusait la nourriture probablement sous l'empire d'idées d'empoisonne-

Digitized by Google

ment. Pendant tout ce temps, il resta désorienté ; les rémissions furent très légères ; elles étaient dues, sans aucun doute, à l'épuisement corporel ; elles ne furent pas accompagnées d'une amélioration psychique notable. Au point de vue corporel, il faut relever l'amaigrissement rapide du malade, même lorsqu'il se fut mis à manger, et la forte salivation. L'agitation excessive rendit du reste impossible tout examen corporel.

Le tableau clinique que nous avons esquissé et qui, en vingt-quatre heures, se trouva complet, peut être taxé de « délire aigu » ; des phénomènes psychiques absolument identiques ont été observés à Bel-Air dans un cas d'atrophie jaune aiguë du foie, par exemple. Cela nous fit penser à la probabilité d'une intoxication mercurielle. Nous manquons d'expérience personnelle dans ce domaine ; relevons cependant que les troubles intestinaux qui dominent la scène dans l'hydrargyrisme firent défaut chez notre malade ; que, d'autre part, la salivation exagérée observée dans notre cas serait peu marquée chez les mercuriels, lorsqu'ils ne présentent pas de stomatite. Enfin, on comprendrait difficilement cet empoisonnement subit après une année d'usage des mêmes doses de salicylate de mercure. Nous repoussons également l'hypothèse, par trop facile et que rien ne soutient, d'une « autointoxication ».

Nous comptions sur l'autopsie pour nous renseigner et voici ce que nous apprîmes :

Crâne : Passablement de diploë ; à plusieurs places, on constate des raréfactions réduisant l'épaisseur de l'os à celle d'une feuille de papier.

Dure-mère tendue, trés hyperémiée, présentant à la face interne du côté droit un mince épanchement pachyméningitique.

Pie-mère d'un blanc jaunâtre rappelant la gélatine, épaissie, œdémateuse ; elle contient un grand nombre de vaisseaux sinueux et gorgés de sang ; la forte vascularisation est particulièrement accusée dans la région sylvienne gauche. L'épaississement de la pie-mère est aussi marqué à la base qu'à la convexité du cerveau ; des membranes d'apparence analogue obstruent l'accès du quatrième ventricule.

Cerveau : Poids avec leptoméninge 1690 gr. Sillons complètement fermés ; méninge adhérente par places à l'écorce. Les cornes frontales et occipitales des ventricules latéraux sont très ouvertes ; par contre, la partie moyenne est de dimensions normales. L'épendyme présente un aspect chagriné. Le troisième ventricule et l'aqueduc de Sylvius sont dilatés. Après durcissement *in situ* et préparation, nous constatons qu'on voit facilement au travers. Le plancher du quatrième ventricule est lisse ; il paraît même enfoncé et aplati.

Poumons : Anciennes adhérences dans les deux plèvres.

Cœur : Hypertrophie du ventricule gauche sans dilatation. Petites plaques athéromateuses au point de départ des artères coronaires.

Rate plutôt volumineuse.

Digitized by Google

Reins : Surface légèrement granuleuse.

Dans la région rénale droite, immédiatement sous le foie, on trouve une masse de gros caillots de sang provenant sans doute de la tête du *pancréas* qui était réduite en une bouillie informe.

Décubitus en voie de formation dans la région scapulaire droite.

Examen microscopique. (Coloration : Thionine, rouge de Magenta, carmin, bleu polymorphe, hématoxyline-éosine, Weigert-Pal.). — Un grand nombre de cellules nerveuses paraissent altérées à des degrés différents ; c'est aux lobes frontaux et pariétaux que prédominent ces lésions. Des différentes couches de l'écorce, celle des petites cellules (soit la deuxième) paraît être la plus éprouvée.

Tantôt c'est le corps cellulaire qui a perdu sa forme et sa structure normales, tantôt c'est le noyau qui est excentrique, gonflé ou tout-à-fait indistinct. Dans certaines cellules, on ne voit qu'une répartition inégale de la coloration ou l'effacement des contours par places ; dans d'autres, la destruction va jusqu'à la désagrégation complète.

Les espaces péricellulaires sont très agrandis et contiennent un grand nombre de cellules satellites souvent blotties dans de petits enfoncements du corps de la cellule nerveuse, ratatinée et à contours anormalement irréguliers. On a l'impression que les cellules satellites se creusent les niches dans lesquelles elles sont logées (fig. 1). On rencontre aussi quelques cellules plasmatiques.

Les fibres nerveuses, même les tangentielles, sont conservées, mais elles sont variqueuses ; le cylindre-axe est gonflé, par contre le manchon myélinique est aminci. Les coupes prennent au Weigert-Pal une coloration plus claire que celle des fibres normales.

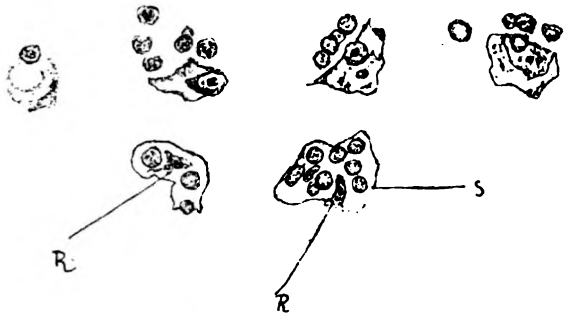
La prolifération vasculaire est nette dans certaines parties de la couche moléculaire ; les éléments névrogliques s'y trouvent partout en nombre exagéré.

Au microscope, l'arachno-pia se présente sous forme de deux feuillets reliés par un réseau de fibres conjonctives. L'épaisseur totale de ce réseau dépasse, en général, de plusieurs fois la normale. Les mailles, parfois énormes, contiennent passablement d'hématies et peu de leucocytes. Il y a certainement une augmentation très notable du tissu conjonctif.

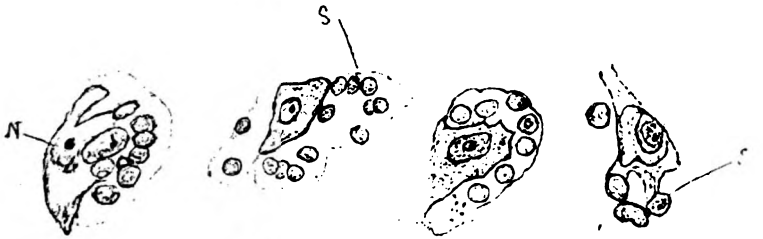
En beaucoup d'endroits, la pie-mère est intimément soudée à la surface corticale ; on voit tout un lacis de fibres conjonctives pénétrer dans la couche moléculaire de l'écorce. Pas d'infiltration périvasculaire.

Sur de petits parcours, l'épendyme est composé d'une seule rangée de cellules ; en d'autres endroits et ce sont ceux qui prédominent, on en voit quatre ou cinq. Enfin, il y a toute une série d'éminences dont les plus petites sont bordées encore de plusieurs rangées de cellules épithéliales. A mesure que ces granulations grandissent, on constate qu'elles sont formées de tourbillons (voir fig. 2) de fibres en majorité perpendiculaires

Digitized by Google



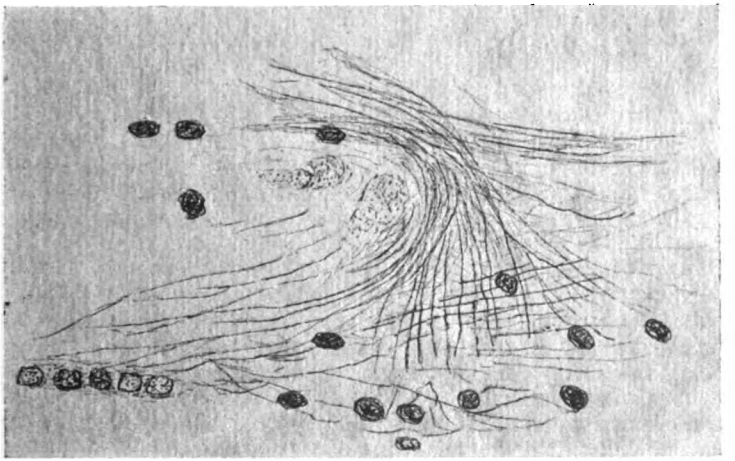
Petites cellules nerveuses.



Grandes cellules nerveuses.

N = noyau; S = cellule satellite; R = restes des cellules nerveuses détruites.

FIG. 1.



Destruction de l'épendyme. Ependymite en tourbillons.

FIG. 2.

Digitized by Google

à la surface du ventricule. Les cellules épendymaires sont alors de plus en plus éloignées les unes des autres et, finalement, elles manquent complètement.

Nous estimons que la mort de X. fut due, avant tout, à l'hémorragie interne ; celle-ci elle-même doit sans doute être attribuée aux efforts musculaires inouïs que fit le malade. Peut-être une friabilité spécifique des vaisseaux ou une altération du tissu pancréatique contribuèrent-elles à provoquer cette rupture ?

Beaucoup plus complexe est la question du rapport entre la psychose et les altérations du système nerveux que révéla la nécropsie. Il est d'abord intéressant de noter l'existence d'une méningite chronique aussi prononcée et qui, pourtant, ne produisit pas de symptômes appréciables. Cette méningite, à quelle date remonte-t-elle ? Est-elle de nature syphilitique ? Il nous est impossible de trancher ces deux questions. Il nous paraît plausible d'admettre que l'épendymite s'est développée parallèlement à la méningite. Elle ne se distingue pas de celle que l'on observe dans la paralysie générale. Faut-il donc croire que le malade fut atteint d'une forme galopante de paralysie ?

C'est là encore un problème insoluble, car on pourra toujours répondre que le décès prématuré ne permit pas aux altérations du tissu nerveux, caractéristiques seulement dans leur ensemble, de se former. Mais la leptoméningite n'est certes pas celle de la paralysie générale ; la méninge n'est presque pas infiltrée.

Comment alors expliquer ce délire aigu ?

Rappelons que la circulation lymphatique joue certainement un grand rôle dans la nutrition du cerveau. Cette circulation comprend probablement deux systèmes : l'un, superficiel, provenant de l'écorce et du tissu blanc sous-jacent, envoie les produits à éliminer du côté des « villosités » de la leptoméninge ; l'autre, profond, desservant les parties centrales, débouche dans les ventricules et se dirige vers la moelle.

Si la pie-mère a subi une transformation conjonctive qui entrave cette résorption, si l'épendyme épaissi et granulé arrête la lymphe, si enfin des adhérences entourent le débouché du quatrième ventricule, il peut en résulter et peut-être, sans cause accidentelle appréciable, un œdème aigu du cerveau. Or, ces conditions étaient précisément celles que présentait X.

Nous pensons que l'infiltration péricellulaire décrite n'était en quelque sorte qu'un phénomène secondaire ; certains éléments du sang pressés à travers les parois des vaissaux cherchent à se faire place en détruisant les cellules nerveuses, sans doute moins résistantes.

X. était grand ; néanmoins, le poids de son cerveau (1690 grammes) ne devient compréhensible que par l'existence d'un œdème excessif.

Digitized by Google

Notons aussi l'amaigrissement progressif malgré l'ingestion de nourriture et celà à une période d'accalmie. Cet amaigrissement ne put être contrôlé à la balance, mais tout le monde en fut frappé, il doit donc avoir été rapide ; le décubitus qui se trouvait en voie de formation ne suffit pas à l'expliquer. Il nous semble plus rationnel de voir dans cet amaigrissement et dans le décubitus une preuve de l'influence du système nerveux sur les échanges nutritifs de l'organisme.

Ce délire aigu par « œdème cérébral » démontre à nouveau combien il serait utile d'être renseigné quelque peu exactement sur les fonctions du liquide céphalo-rachidien. Il est, en tout cas, certain que ses fonctions ne sont guère moins importantes que celles du sang.

En terminant cette étude, nous tenons à exprimer notre vive gratitude à M. le Prof. Weber.

BIBLIOGRAPHIE

Georges-E. Audeoud. — Des maxima et de la vitesse d'ascension des températures utilisées en clinique ; broch. de 154 p. avec 12 planches. *Thèse de Genève*, nº 105, 1906.

Après des recherches des plus minutieuses, M. Audeoud arrive à la conclusion que la température rectale est préférable pour les recherches thermométriques à celle prise dans d'autres parties du corps, parce qu'elle se rapproche le plus de la température interne. On ne peut calculer la hauteur de la température rectale d'après les résultats obtenus dans d'autres régions, car l'écart des températures mesurées à différentes places n'obéit à aucune règle fixe. Le manque d'exactitude de la température axillaire est déjà indiqué par le fait que celle-ci n'est pas la même à gauche et à droite ; cette différence est presque constante et n'a aucune valeur pour le diagnostic des affections unilatérales thoraciques ou nerveuses.

Pour juger de la vitesse ascensionnelle du thermomètre, l'auteur établit un quotient qui est le rapport entre l'ascension pendant la deuxième minute de l'application du thermomètre et la montée du thermomètre entre la fin de la première minute d'observation et le moment où l'instrument atteint son maximum. Ce quotient est soumis à des variations qui n'ont une certaine régularité qu'après le bain ; alors il augmente d'abord pour le rectum, tandis qu'il diminue pour l'aisselle, la chaleur transmise au

Digitized by Google

thermomètre dans l'aisselle étant diminuée à cause de la vaso-constriction des vaisseaux superficiels.

Ces recherches qui mériteraient d'être continuées sont un peu compliquées pour la pratique courante, mais elles me paraissent capables de fournir des renseignements intéressants dans un service hospitalier.

HUGUENIN.

Prof. Auguste REVERDIN. — Souvenirs gynécologiques, broch. in-8° 26 p. ; extrait du Livre d'or offert à M. le prof. Pozzi et de la *Rev. de gynéc. et de chir. abdominale*, mai et juin 1906, Paris, Masson et Cie.

Nous ne pouvons que signaler à nos lecteurs ces souvenirs écrits d'une façon à la fois instructive et humoristique, qui rappelleront aux « vieux » ce qu'était la gynécologie il y a trente ans ; on y trouvera le récit de quelques faits personnels à l'auteur, et on applaudira avec M. A. Reverdin aux progrès obtenus grâce aux savants qui ont travaillé pour l'avancement de la science et la santé de la femme. C. P.

NÆGELI-AKERBLOM. — Intoxication par le gelsemium, *Therap. Monatshefte*, Juin 1906.

L'auteur rapporte que, souffrant d'un violent mal de dents, il prit en une fois 35 gouttes de teinture de gelsemium sempervirens, dépassant de 15 gouttes la dose maximale pour adultes ; la douleur disparut et il s'endormit, mais à son réveil le lendemain, il présenta les symptômes suivants : sentiment de faiblesse, diplopie, scotome, perte d'appétit, écoulement abondant de salive et diarrhée. Ces symptômes disparurent au bout de deux jours à la suite d'un traitement par le laudanum et le tanin. Depuis lors l'auteur a pris la teinture de gelsemium à la dose de 10 gouttes pour une seule prise, sans en avoir éprouvé d'inconvénient. Il rappelle que Lauder-Brunten (Traité de pharmacologie, trad. française 1889) rapporte plusieurs cas d'empoisonnement par le gelsemium.

C. P.

ÇALOT. — Technique du traitement des tumeurs blanches ; un vol. in 8° de 274 p. avec 192 fig. Paris 1906, Masson et Cie.

Dans ce volume consacré à la thérapeutique des tumeurs blanches, l'excellent chirurgien de Berck-sur-mer expose en particulier la méthode que son expérience lui fait considérer comme la plus efficace ; elle consiste dans les injections intra-articulaires qui, par les résultats qu'elles donnent, par leur bénignité et par la facilité de leur application, lui parraissent être le traitement de choix, les appareils plâtrés et les opérations sanglantes restant des procédés d'exception. M. Calot décrit d'une facon très détaillée la méthode qu'il préconise, tant d'une façon générale que dans son application aux cas les plus variés. Son nouvel ouvrage sera lu avec profit par tous les praticiens. C. P.

Digitized by Google

VARIÉTÉS

Compte rendu sur la jurisprudence et la littérature médicale spéciales aux accidents du travail.

PREUVE DE LA FAUTE DE L'OUVRIER. TRAITEMENT MÉDICAL INSUFFISANT. MALADIE DE CAUSE INCONNUE.

I. Aux termes de l'article 2 de la loi de 1881, le défendeur, pour s'exonérer de sa responsabilité, *doit prouver la faute* de son employé ; il ne peut se borner à établir que l'existence de cette faute est plus ou moins probable. Une simple probabilité ne pourrait, à cet égard, être assimilée à une preuve que si le fait dommageable *ne pouvait être expliqué autrement* que par la dite faute.

II. On ne peut considérer comme une faute de la part de l'ouvrier victime d'un accident *le fait de n'avoir pas traité de suite une plaie insignifiante à l'origine.*

III. On ne saurait considérer comme force majeure toute maladie ou tout symptôme dont la cause reste inconnue.

Arrêt du Tribunal fédéral du 26 mai 1904.

VALEUR DES CERTIFICATS MÉDICAUX

La loi laisse un large pouvoir au juge pour décider, suivant l'importance du litige, s'il y a lieu de nommer un ou trois experts.

De simples certificats médicaux, sommairement motivés et n'indiquant pas si l'examen sur lequel ils sont basés a été suffisamment complet et prolongé, ne peuvent prévaloir contre une expertise régulièrement ordonnée par le tribunal. — Cour de justice civile de Genève. Arrêt du 20 décembre 1902.

FRAIS D'EXPERTISE.

Les frais d'une expertise doivent être avancés par la partie qui l'a fait ordonner. — Cour de justice civile, Genève, 25 février 1905.

PERTE DE TOUS LES DOIGTS SAUF LES DEUX POUCES.

Cette mutilation comporte une incapacité permanente de travail de 100 %. — Arrêt de la Cour d'appel d'Amiens, 7 février 1906.

Bien qu'en réalité, la victime soit encore capable d'accomplir certains travaux, ce taux de 100 % est également celui qui est indiqué par Kaufmann.

Rappelons que l'incapacité de travail résultant de la perte de tous les doigts d'une main, sauf le pouce, est estimée en moyenne de 33 1/3 à

Digitized by Google

50 % en Suisse. Le taux de 60 à 75 % est admis en Allemagne, lorsque la main ne peut réellement plus être utilisée ou lorsqu'il s'agit d'individus âgés ou de femmes.

La variole considérée comme accident du travail

On sait que, en exécution de l'article 5 de la loi fédérale de 1877 sur le travail dans les fabriques et de l'article 3 de la loi de 1881, le Conseil fédéral a promulgué un arrrêté, en date du 19 décembre 1887, désignant comme justiciables de l'application de la loi, les industries dans lesquelles on manie certaines substances toxiques, telles que le plomb, le mercure, le phosphore, l'arsenic, etc., ainsi que les virus de la variole, du charbon et de la morve.

Le législateur entendait par là étendre les bénéfices de la loi aux ouvriers des fabriques que leur profession expose plus particulièrement à entrer en contact avec des substances pouvant être imprégnées de ces virus.

Il s'agissait bien là, non pas d'accidents proprement dits, mais de maladies graves, prévues et fixées à l'avance, et « ayant pour cause exclusivement l'exploitation de la fabrique. »

En dehors des cas prévus, on peut se demander si un ouvrier atteint de variole doit être indemnisé alors que cette maladie n'est pas la conséquence de l'exercice d'une profession prévue par la loi, mais lorsqu'elle résulte d'un travail spécial, d'un événement déterminé, ne se reproduisant pas d'une façon régulière? En un mot, la variole peut-elle être assimilée à un accident de travail?

En théorie, assurément. La contagion de la variole constitue bien un accident du travail au sens donné par le Tribunal fédéral, à savoir « d'événement déterminé et circonscrit dans le temps, ayant exercé une influence fâcheuse sur l'organisme. »

La question a été résolue dans le même sens en Allemagne et tout récemment en France par la Cour d'appel de Paris, contrairement au jugement rendu par le Tribunal de 1re instance. J'ignore si le cas a déjà fait l'objet d'un litige en Suisse.

Voici dans quelles circonstances il s'est produit en Allemagne et en France :

Il s'agissait, dans l'un des cas (voir Recueil des arrêtés du *Reichsversicherungsamt*, VIII, 125, cité par Kaufmann), d'un ouvrier qui contracta la variole alors qu'aucun cas semblable ne s'était manifesté dans la contrée. On apprit plus tard que le lin, que l'ouvrier en question était chargé de travailler, provenait d'une région où la variole régnait au moment de la moisson du chanvre. Il fut admis que le virus s'était trouvé contenu dans le lin, et avait de la sorte causé la maladie de l'ouvrier. Il s'agissait bien là d'un accident dépendant du travail.

Dans l'autre cas, un ouvrier contracta la maladie en contribuant à la démolition de l'hôpital des contagieux d'Aubervilliers. Voici l'arrêt de

Digitized by Google

la Cour d'appel de Paris (4 mai 1906) cassant le jugement des premiers juges :

« Doivent bénéficier de la loi, les ouvriers atteints d'affections pathologiques contractées accidentellement dans l'accomplissement d'un travail industriel et qui ont leur origine et leur cause dans un fait déterminé ne rentrant pas dans les conditions normales de l'exercice de ce travail.

En conséquence, a droit à une indemnité l'ouvrier qui, étant employé à la démolition d'un hôpital, a contracté la variole par suite d'un contact avec des matériaux imprégnés de contage varioleux. »

Septembre 1906. Dr Ch. Julliard.

NÉCROLOGIE. — Le Prof. Herzen. — L'Université de Lausanne vient de faire une perte considérable par le décès du prof. Herzen, qui depuis vingt-cinq ans y occupait avec une grande distinction la chaire de physiologie. Herzen était un savant de mérite, un homme d'une rare intelligence et d'une haute valeur morale ; sa brusque disparition a été un véritable deuil non seulement pour sa famille et ses amis, mais aussi pour tous ceux qui dans notre pays et à l'étranger s'intéressent aux sciences biologiques. Nous tenons à rappeler son souvenir dans cette Revue qu'il a souvent favorisée de sa collaboration.

Alexandre Herzen était né en Russie, à Wladimir, le 25 juin 1839. Son père, Alexandre-Ivanovitch Herzen, le célèbre écrivain et polémiste russe, qui s'était signalé par l'indépendance de ses opinions, fut obligé de quitter son pays peu après la naissance de son fils. Celui-ci le suivit dans son exil à travers l'Europe et profita des relations que son père entretenait avec quelques-uns des hommes les plus marquants de son époque et dont le rapprochait ses tendances politiques ; c'est ainsi que le jeune Herzen connut Victor Hugo, Ledru-Rollin, Mazzini et Garibaldi et c'est dans cette société qu'il puisa ses convictions libérales et le noble enthousiasme qu'il a conservé jusqu'à la fin de sa vie pour la causes du progrès et du bien de l'humanité.

Ses goûts l'ayant porté du côté des sciences médicales, il les étudia en particulier à Londres et à Berne, mais, bien qu'il ait acquis le diplôme de docteur en médecine, il ne s'est jamais livré à la pratique de notre art ; ce furent les recherches physiologiques qui eurent sa préférence. Il eut la bonne fortune de faire en 1862, dans la compagnie de Carl Vogt et d'autres savants, un voyage au Spitzberg et à l'Ile de Jan Mayen, et en 1865, il devenait l'assistant de Schiff à l'Institut des études supérieures de Florence ; il devint rapidement l'admirateur passionné et le collaborateur zélé de son maître dont il est toujours resté le plus fervent disciple. Lorsqu'en 1876, Schiff devint professeur de physiologie à Genève, ce fut Herzen qui le remplaça dans son enseignement à Florence ; il s'était déjà fait connaître par d'importants travaux, en particulier par ses recherches sur

Digitized by Google

les centres modérateurs de l'action réflexe et sur les phénomènes physiques de la conscience, qui lui avaient valu une juste réputation ; aussi se trouva-t-il tout désigné, quand le Conseil d'Etat du Canton de Vaud, ayant décidé en 1881, la fondation d'une école préparatoire de médecine à Lausanne, chercha un titulaire pour la chaire de physiologie ; Herzen répondit à l'appel qui lui fut adressé à ce moment, puis lorsqu'en 1891, l'Académie de Lausanne fut transformée en Université, il prit une part active à l'organisation de la Faculté de médecine dans laquelle il conserva la même chaire d'abord à titre de professeur extraordinaire, puis de professeur ordinaire. C'est là qu'il a enseigné d'une façon brillante, voyant les élèves affluer à ses cours et à son laboratoire, jusqu'à la fin du dernier semestre. Il venait de passer quelques semaines de vacances dont il avait vivement joui, à Finhauts, Argentière et Chamonix, lorsque peu après son retour à Lausanne, il a été rapidement enlevé par une attaque d'apoplexie le 24 août dernier.

Herzen avait acquis la nationalité suisse en se faisant naturaliser dans le canton de Fribourg, mais il était avant tout un citoyen du monde, parlant avec une égale facilité le russe, le français, l'allemand, l'italien et l'anglais, et il a écrit dans toutes ces langues. Il s'intéressait non seulement à la science, mais encore aux questions de philosophie, d'éducation et de morale, sur lesquelles il a publié plusieurs brochures ; ses conférences faites à Lausanne et à Genève sur la question des mœurs avaient eu un vif succès et sa brochure intitulée « Hygiène et moralité » compte déjà neuf éditions et a été traduite dans un grand nombre de langues. Ses « Causeries physiologiques » sont un ouvrage de vulgarisation, mais renferment beaucoup d'idées neuves et originales, très personnelles à l'auteur. Quant à ses travaux proprement scientifiques, dont plusieurs ont fait l'objet de communications à la *Société vaudoise de médecine* dont Herzen était un membre assidu, leur nombre est trop grand pour que nous puissions les mentionner autrement que dans la liste de ses publications ; la compétence nous manque d'ailleurs pour les apprécier et les analyser ici, mais nous faisons le vœu qu'un de ses élèves entreprenne un jour cet intéressant travail. Disons seulement que Herzen s'est particulièrement occupé des fonctions nerveuses et de celles de la digestion, mais sans s'y confiner exclusivement ; il a souvent abordé d'autres sujets du vaste champ de la biologie. Comme nous l'avons dit, il s'est fait le propagateur des idées de Schiff et le continuateur de ses travaux ; il a contribué à la rédaction des leçons faites par son maître à Florence sur la physiologie la digestion et publiées par M. Levier (Paris 1887) ; ce fut aussi lui qui engagea Schiff à faire paraître son Recueil de mémoires physiologiques et qui l'aida activement dans ce travail, il en publia avec l'aide de M. Levier le quatrième volume après la mort de son maître et enrichit ce dernier volume d'importantes notes et d'une préface qui se termine par ce distique :

Auf der einst gebrochnen Bahn
Folgt dem Schiff ein kleiner Kahn.

Digitized by Google

On ne peut être à la fois plus spirituel et plus modeste, mais si Herzen a suivi la trace de Schiff, il a su se faire en même temps par ses recherches personnelles une place bien à lui dans le monde scientifique.

Ajoutons en terminant qu'un nombreux public a rendu à Lausanne les derniers honneurs au regretté professeur. Auprès de sa tombe ouverte, deux de ses collègues de l'Université de Lausanne, MM. les prof. Bugnion et Dind recteur, ainsi que M. le prof. Prevost de Genève ont rappelé les mérites de l'homme et du savant. Nous adressons, comme ils l'ont fait, à la nombreuse famille de Herzen l'expression de notre plus vive sympathie.

C. P.

Voici la liste de ses publications :

Physiologie. — *Système nerveux :* Expériences sur les centres modérateurs de l'action réflexe, *Thèse de Turin*, 1864. — Uber die Hämmungs-Mechanismen der Reflexthätighkeit. *Untersuch.*, Giessen, 1867. — On the moderating céntres of the reflex function of the spinal cord. *Arch. of med.*, IV, 1867, p. 301.— Nuove osservazioni sul senso termico, *Lo Sperimentale*, 1879. — Influence de l'électrotonus sur l'excitabilité nerveuse. *Acad. dei Lincei*, 1879. — Una teoria fisiologica dei fenomeni metalloterapici. *Rass. sett.*, 26 déc. 1880. — A propos des observations de M. Laborde sur la tête d'un supplicié. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1885, p. 467. — Metallotherapie, *Kosmos*, 1885. — Uber die Spaltung des Temperatursinnes in zwei besondere Sinne. *Congrès de Strasbourg*, 1885 et *Pflügers Arch.* XXXVIII, p. 93, 1885. — Le sens de la chaleur. *Rev. scient.*, 1885. — Le sens thermique. *Ibid.* et *Soc de phys. et hist. nat. de Genève*, 1886. — Un cas d'extirpation bilatérale du gyrus sigmoïde (en collabor. avec M. N. Loewenthal). *Recueil zool. suisse*, IV n° 1, 1er novembre 1886. — Trois cas de lésion médullaire au niveau de la jonction de la moëlle épinière et du bulbe rachidien (en collabor. avec le même). *Arch. de physiol.*, 1886, p. 260. — La fatigue des nerfs. *Arch. des sc. phys. et nat.*, 1887. — Le cerveau et l'activité cérébrale, in 12, Paris, 1887 (traduction russe, Saint-Péterbourg, 1890). — Le réflexe rotulien. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1890, p. 437. — Effets de la paralysie des nerfs vagues. Centres moteurs et corticaux. *Archiv. des sc. phys. et nat.*, 1893. — De la suture nerveuse. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1893, p. 451. — La suture nerveuse. *Rev. scient.* 1893. — De la survie prolongée en l'absence des deux nerfs vagues. *Arch. des sc. phys. et nat.*, nov., 1894. — Dégénérescence des terminaisons périphériques des nerfs moteurs sectionnés. *Interméd. des biologistes*, 1898. — Contractilité musculaire directe et indirecte. *Ibid.* — La fatigue des nerfs. *Ibid.* — Note sur l'empoisonnement par la curare. *Ibid.* — Ist die negative Schwankung ein unfehlbares Zeichen der physiologischen Nerventhætigkeit? *Centr. Bl. für Physiol.*, n° 18, 1899, (le même en français) *Arch. des sc. phys. et nat.*, 1899. — Une question préjudicielle d'électrophysiologie nerveuse. *Rev. sc.*, 1900. — Quelques points litigieux de physiologie et de pathologie nerveuse. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1900, p. 5. — Dégénérescence et régénération des terminaisons motrices des nerfs coupés (en collabor. avec M. R. Odier). *Ibid*, 1903, p. 493. — Altération des fibres et filaments nerveux par le curare. *Archiv. internat. de physiologie*, 1904.

Digitized by Google

Digestion : Digestione pancreatica e milza, *Imparziale*, 1869. — Sul metodo di preparare il succo gastrico per uso chirurgico. *Ibid.* — La carne liquida di Darby et Gosden. *Ibid.*, 1875. — Della funzione digestiva della milza *Ibid*, 1877. — Ein Versuch über den Einfluss der Milz auf die Bildung des Eiweissverdauenden pankreatischen Saftes. *Centr. Bl. für med. Wissensch.*, 1877. — Uber die Verdauungsverrichtung der Milz. *Moleschotts-Unters. zur Naturlehre des Menschen und Thiere*, Bd. XII, n° 1. — Lezioni sulla digestione. Firenze, 1877. — La glicerina e la digestione pancreatica. *Resoconto dell'Acad. dei Lincei*, 1879. — Influence de l'acide borique sur différentes fermentations. *Bull. Soc. vaud. sc nat.* XVIII, 87. — Influence de la rate sur la digestion. *Rev. scient.*, 1882. — Appunti di chimica fisiologica. *Riv. di chim. med. a farm.*, vol. I. — Observation sur la formation de la trypsine. *Bull. Soc. vaud. sc. nat.*, XIX, 89, 1883. — *a)* Uber den Rückschlag des Trypsins zu Zymogen unter dem Einfluss der Kohlenvergiftung. — *b)* Uber den Einfluss der Milz auf die Bildung des Trypsins. *Pflügers Arch.*, Bd. XXX, 1883. — Un cas de fistule gastrique (en collabor. avec M. de Cérenville). *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1884. p. 12. — De la pepsinogénie chez l'homme. *Ibid*, p. 260. — De la pénétration du suc gastrique dans l'albumine coagulée séjournant dans l'estomac. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1884. — La digestion stomacale. Lausanne, Paris, Bruxelles, 1886. — Warum wird die Magensverdauung durch die Galle nicht anfgehoben? *Centralbl. f. Physiol.*, 1890. — Chimisme stomacal. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1891, p. 153. — Rate et pancréas. *Sem. méd.*, 1887, et *Soc. de Biol.*, 1893. — Influence de la rate sur la sécrétion pancréatique. *Arch. des sc. phys. et nat.*, 1893. — Digestion de l'albumine d'œuf cru par la pepsine. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1893, p. 221. — Les sécrétions internes. *Ibid.*, p. 273. — Influence de l'absorption des sucs thyroïdiens per os et per anum. *Ibid.*, p. 381 et 448. — Le jeûne, le pancréas et la rate. *Arch. de physiol.*, 1894. — La digestion peptique de l'albumine. *Rev. gén. des sc. pures et appliq.*, 1894, n° 17. — La digestion tryptique des albumines et la sécrétion interne de la rate. *Ibid.*, 15 juin 1895. — Influence de la rate sur la transformation du zymogène pancréatique en trypsine active. *Arch. des Sc. phys. et nat.*, 1897. — Fonction trypsinogène de la rate. *Rev. méd de la Suisse rom.*, 1898, p. 273. — Rôle trypsinogène de la rate. *XIIIe Congr. méd.*, Paris, 1900. — Beiträge zur Physiologie der Verdauung. Bonn, 1901. — Succagogues et pepsinogènes. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1901, p. 305. — Einfluss einiger Nahrungsmittel auf die Menge und der Pepsingehalt des Magensaftes. *Pflügers Arch.*, B. 84, 1901, p. 101 et *Therap. Monatshefte*, mai 1901. — Uber die Beeinflüssung der Magensafts-Menge und seines Gehaltes an Pepsin, durch die Nahrung. *Krankenpfl.*, 1901. — Participation de la rate à la formation du ferment albumineux du pancréas (en russe). *Le Wratch*, 1901. — Aelteres, Neueres und Zükunftiges über die Rolle der Milz bei der Trypsinverdauung, *Pflügers Arch.*, B. 84, 1901, p. 115. — Faits acquis sur la question de la rate (en russe), *Le Wratch*, 1901. — Action de la peptone et de la secrétine sur le pancréas (en collabor. avec M. Radzikovski), *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1902. — Rate et estomac. *Soc. helv. des Sc. nat.*, 1902, — Estomac, rate et pancréas (en collabor. avec

Digitized by Google

M. Pilpoul) *Jour. de physiol. et pathol. gén.*, 1902. — Nouvelle phase de la question concernant les rapports fonctionnels entre rate et pancréas. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1904, p. 548.

Psychophysiologie. — Studio fisiologico sulla volontà. Florence, 1867. — Fisiologia del sistemo nervoso. *Ibid.*, 1867. — La condizione fisica della coscienza. *Resoconto della Soc. Ital. d'Antropol. e Psicologia*, 1869. — Il libero arbitrio. *Enciclop. med. italiana*, 1869. — Fisiologia et psicologia. *Arch. per l'Antropol. et la Etnogr.*, n° 1, 1878. — Analisi fisiologica del libero arbitrio umano. 3me éd. Florence, 1879. — Il moto psichico e la coscienza. Florence, 1879. — La loi physique de la conscience. *Rev. scient.*, 1879. — La condizione fisica della coscienza. *Ann. antrop. et psic.*, Florence, 1880. — Di alcuni modificazioni della coscienza individuale. *Arch. per l'Antrop. e la Etnogr.*, vol. 7, n° 1. — The physical conditions of consciousness. *The journal of mental Science*, 1884. — Les conditions physiques de la conscience. Genève, 1886. — L'activité cérébrale. *Rev. scient.*, 1887. — Grundlinien einer allgemeinen Psychophysiologie. Leipzig, 1889. — Source et mécanisme de l'activité psychique (en russe). *Pensée russe*, 1889. — Rôle psychophysiologique de l'inhibition. *Rev. scient.*, 1890. — Causeries physiologiques. Lausanne, Payot, 1899, et St-Pétersbourg, 1901.

Divers. — Vita e nutrizione. *Scienza del Popolo*, 1867. — Gli animali martiri, i loro protettori e la fisiologia. Firenze, Bettini, 1874. — Esperienze sulla conservazione della carne cruda. *Soc. med. fis. fiorentina*, 1875. — Defence of vivisection. The *Home Chronicler*, 1877. — Cos'è la fisiologia., Firenze, 1877, Succ. Le Monnier. — Di una nuova funzione del fegato. *Società medico-fisica fiorentina*, 22 Luglio 1877. — Sul calore animale, la perspicrazione e la secrezione renale. Firenze, 1877, Tip. cooperativa. — Nota sull'influenza dell'acido borico sulla fermentazione acetica. *Acad. dei Lincei*, 1879. — Ancora dell'utilità dell'acido borico nella vinificazione. *Ibid.* — L'organismo vivente e la legge di equivalenza termodinamica. *Rass. sett.*, 22 febb., 1880. — Le travail musculaire dans ses rapports avec la loi de l'équivalence thermodynamique. *Bull. de la Soc. vaud. des Sc. nat.*, XXIII, 1884. — A quoi sert la thyroïde. *Sem. méd.*, 1886, p. 313. — Irritabilité musculaire et la rigidité cadavérique. *Ibid.* p. 475. — Le travail musculaire et la chaleur. *Rev. scient.*, 2 avril 1887. — L'activité musculaire et l'équivalence des forces. *Ibid.*, 19 février 1887. — Des effets de la thyroïdectomie. *Bull. de la Soc. vaud. des Sc. nat.*, XXIII, 1887. — Appunti di chimica fisiologica. *Ann. di Chimica*, vol. VIII, série IV, 1888. — De la nature des mouvements fonctionnels du cœur. *Bull. de la Soc. vaud. des Sc. nat.*, XXIII, 1888. — Microbes et prédispositions. *Sem. méd.*, 6 mars 1889. — Rigidité cadavérique. Lettre. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1889, p. 802. — Les microbes. *Gaz. de Lausanne*, 27 février 1889. — Fatigue et prédisposition. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1890, p. 159. — L'origine des êtres vivants. *Gaz. de Lausanne*, 12 février 1892. — De l'irrégularité des effets de la thyroïdectomie chez le chien. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1897, p. 772.

Digitized by Google

Philosophie et autres. — Sulla parentela fra l'uomo e le scimie. Firenze, Bettini, 1869. — Polemica contro lo spiritualismo. *Riv. Europea*, 1871. — Della natura dell' attività psichica. *Rass. sett.*, 1878. — Gli argomenti di Bain in favore della spontaneità. *Ibid.* — Del valore del metodo subiettivo in psicologia. *Ibid.* — La generazione spontanea e la Commissione dell' Académie des Sciences. *Ibid.*.. — L'organismo vivente e la legge d'equivalenza termodinamica. *Ibid.*, 1880. — Materia et forza nel mondo inorganico e nel mondo organico. *Riv. di filosof. scient.*, 1881. — L'instinct et la raison. *Rev. scient.*, 1883. — Le conseguenze del monismo e del dualismo sono elle differenti ? *Riv. di filosof. scient.* Milano, 1884. — Discours présidentiel tenu à l'Assemblée générale de la Société vaudoise des Sciences naturelles. 1885.

Questions morales, sociales, politiques, éducation, etc. — Una gita a Jan Mayen. *Soc. geogr. ital.*, 1870. — Dei rapporti della teoria fisiologica della volontà colla sociologia. Milano, 1871. — Roberto Owen et lo experimento di New-Lanarck, Firenze, 1871. — De l'enseignement secondaire dans la Suisse romande (2me édition). Lausanne, 1886, Payot. — L'enseignement public au point de vue social. Lausanne, Payot, 1887. — Les études médicales propédeutiques en Suisse. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1890, p. 60 et 130. — Le Peuple russe et son gouvernement. Paris, 1890. — L'abattage israélite. *Gaz. de Lausanne*, 14 nov. 1892. — Science et Moralité. Broch. in-8°, Lausanne, 1896, Payot (traduit dans toutes les langues européennes). — Monsieur Brunetière et l'esprit scientifique. Lausanne, 1898.

Sans compter de nombreux articles sur des questions scientifiques, morales, sociales et politiques, parus dans différentes revues et journaux de divers pays, ainsi que de nombreuses bibliographies et traductions parmi lesquelles, les plus importantes sont : Herzen « De l'autre rive », Maudsley « Physiologie de l'esprit » ; Waller, « Eléments de physiologie ». Nous avons mentionné plus haut la part qu'Herzen a prise à la publication du Recueil des mémoires de Schiff, dont il a en particulier traduit en français les mémoires écrits en italien.

Caisse de secours des médecins suisses. — Dons reçus en Juillet et en Août 1906.

Bâle-Ville. — Dr A. A. « d'un pari » fr. 5 ; A. A. fr. 5, (10+960=970)
Berne. — Dr F. Denger, fr. 10, (10+1055=1065).
St-Gall. — Dr O. Gsell, fr. 20, (20+374=394).
Genève. — Dr E. Borel, fr. 10, 10+345=355).
Grisons. — Drs Andry, fr. 10 ; Hemmi, fr. 20, (30+530=560).
Zurich. — Dr F. Ris, fr. 10 ; O. Gysler, fr. 10 ; Hugentobler, fr. 10 ; C. Sommer, fr. 10, (40+1160=1200).
Divers. — En mémoire de feu le Dr E. B., professeur à Bâle, fr. 500, (500+575=1075).
Ensemble, fr. 620 ; Dons précédents de 1906, fr. 7909 ; Total, fr. 8529.
De plus pour la fondation *Burckhardt-Baader :*
Tessin. — de la Società condotti del cantone Ticino par M. le Dr A. Solari, fr. 200, (200).
Dons précédents de 1906, fr. 80 ; Total, fr. 280.

Bâle, 1 Septembre 1906. *Le Caissier :* Dr P. Von der Mühll
Aeschengraben, 20

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE, 18 PÉLISSERIE, GENÈVE

Digitized by Google

XXVIme ANNEE. — N° 10. 20 OCTOBRE 1906.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Le massage vibratoire manuel dans les appendicites

Par le Dr Maurice Bourcart
Privat-docent à l'Université de Genève.

Le titre de ce travail étonnera au premier abord des médecins non prévenus ; il semble annoncer l'introduction dans l'arsenal médical d'une manœuvre éminemment dangereuse et absolument réprouvée par les auteurs actuels, tout au moins comme traitement des appendicites non complètement refroidies. Si l'on accepte, avec certaines réserves, des manipulations de massage destinées à assouplir d'anciennes adhérences ou à rendre à l'intestin paresseux des fonctions plus normales, on est loin d'admettre actuellement qu'un médecin puisse intervenir sur un malade atteint de *périityphlite aiguë ou subaiguë* autrement que par des moyens chirurgicaux immédiats, nous voulons dire par le bistouri — l'intervention à chaud, — ou par des moyens médicaux destinés à calmer l'inflammation, les douleurs, la fièvre et les autres symptômes qui en résultent, soit un traitement d'expectation en vue de la guérison naturelle ou de l'intervention à froid.

Cependant l'intervention chirurgicale immédiate, quoique ayant un grand nombre de partisans, n'est pas encore admise toujours, surtout dans les cas qui ne l'imposent pas ; le chirurgien préférera généralement « attendre » et choisir le moment le plus favorable, c'est-à-dire celui où il pourra enlever radicalement l'appendice, une fois toute trace d'inflammation aiguë disparue, ou celui où il incisera un abcès nettement collecté et enkysté.

Mais, malheureusement, il ne nous avait pas été donné jusqu'à présent de pouvoir diriger à notre gré les phénomènes qui

Digitized by Google

se passent dans la cavité abdominale, c'est-à-dire de pouvoir, dans un cas plus ou moins grave, arrêter le travail d'infection, empêcher la perforation si sérieuse de la paroi appendiculaire, ou favoriser l'enkystement de l'abcès autour de l'appendice attaqué; — ce serait cependant là l'idéal du chirurgien.

L'expectation qui parait quelquefois donner dans des appendicites d'allures peu graves des résultats favorables, a été néanmoins bien souvent la cause de la mort d'un malade que le bistouri aurait pu sauver; d'autres fois le chirurgien, appelé trop tard n'a pu obtenir la guérison qu'au moyen d'efforts considérables, d'autres fois encore l'intervention sanglante montré qu'on n'avait point à faire à une appendicite et que l'opération avait été inutile, si ce n'est très dangereuse.

L'état général parfois si fâcheux du malade, déjà gravement infecté, vient obscurcir le ciel déjà couvert de gros nuages; comment débarrasser l'organisme des toxines qui l'affaiblissent, diminuent sa résistance et les chances d'une intervention immédiate? Il s'agit d'un sujet miné par la fièvre, dont les urines sont rares, la langue sèche, le pouls très rapide, dont le cœur faiblit, et pourtant le mal est récent, les lésions sont peu étendues, mais le poison est dans le sang; le foie, les reins se refusent à faire leur devoir, les moyens médicaux sont impuissants et le chirurgien n'ose intervenir!

C'est devant cette situation, que nous « osons » présenter un traitement, qui appliqué avec prudence et surtout avec intelligence par le médecin lui-même, peut donner des résultats inespérés, consistant surtout dans l'arrêt de la maladie, dans la suppression de la cause du mal, dans une nouvelle force donnée à l'organisme pour se débarrasser du poison qui l'obsède, et dans le racourcissement de la période d'attente, au bout de laquelle il sera permis au chirurgien d'intervenir pour donner l'issue au pus bien enkysté ou pour enlever à froid l'appendice avec l'espoir d'une guérison radicale.

On nous reprochera le danger de notre procédé, le temps qu'il peut faire perdre et qui aurait pu être mis à profit, la soi-disante inutilité de nos manipulations dans certains cas présentés; nous y reviendrons plus d'une fois dans le courant de ce travail, mais ceux qui, ayant appris à pratiquer les manipulations du massage vibratoire, les auront appliquées avec la prudence et la science qu'elles nécessitent, seront d'accord avec nous, quand ils auront vu la puissance de cette intervention

Digitized by Google

comparée à son peu de danger ; il faudra peut-être beaucoup de temps pour cela, mais on y arrivera, comme on est arrivé actuellement à admettre le massage dans les affections cardiaques, gynécologiques et autres sur lesquelles il est inutile d'insister; il suffira de *savoir* appliquer le traitement pour réussir ici aussi bien qu'ailleurs.

Notre méthode a en outre l'avantage de pouvoir être immédiatement mise en pratique aussitôt décidée, et ses résultats ne se font pas longtemps attendre, cela dit sans mauvaise arrière pensée!

En 1904 j'ai présenté à la Société médicale de Genève, un certain nombre de cas d'*appendicites aiguës et de phlegmons pelviens* [1], dans lesquels mon traitement par les *vibrations manuelles* appliquées primitivement dans le but de calmer des douleurs abdominales très vives, avait provoqué chez mes malades des phénomènes imprévus, phénomènes qui consistaient : 1° en une baisse brusque de température, se continuant même le soir, jusqu'au moment où la courbe atteignait un niveau normal (et même inférieur à la normale), 2° en une amélioration très rapide d'un état plutôt grave, amélioration soit locale par la disparition des phénomènes inflammatoires aigus, soit générale par le retour des fonctions normales de l'organisme.

Nous n'avions pu jusqu'alors donner une explication rigoureusement scientifique de ces faits ; nous nous sommes remis à l'œuvre en tâchant de serrer plus près encore notre sujet. M. le Dr Girard, Prof. de clinique chirurgicale à l'Université de Genève, a bien voulu nous permettre d'appliquer notre procédé à quelques-uns des malades de son service, et nous l'en remercions vivement ainsi que MM. de Muttach et Besse qui ont bien voulu contrôler nos essais. Ces quelques cas nous ont donné des résultats fort intéressants, dont nous parlerons tout à l'heure. Malheureusement les malades qui viennent à l'hôpital ont généralement perdu du temps, et il faut bien souvent les opérer d'urgence, ou bien il s'agit d'appendices déjà complétement refroidis et qui ont choisi leur moment pour être opérés.

M. le Dr de Cocatrix, chirurgien de l'Hôpital de St-Maurice en Valais, m'a donné pendant un service militaire, l'occasion d'intervenir dans un cas fort intéressant, et dont il a bien voulu m'envoyer la relation. Les autres cas ont été choisis parmi ceux

[1] Voir *Revue médicale de la Suisse romande*, Décembre 1904.

Digitized by Google

de ma clientèle gynécologique ; je ne présente pas par conséquent un très grand nombre d'observations, mais si ces observations ne sont pas nombreuses, elles se rapportent toutes au même ordre de phénomènes, se manifestant d'une façon plus ou moins intense selon les cas.

Entre temps, un des élèves du distingué Prof. Massol, directeur du laboratoire de sérothérapie de Genève, M. le Dr Grigoroff, a exposé dans sa thèse [1] les idées de son maître, idées qui paraissent donner un corps aux explications des phénomènes précités.

M. Grigoroff a fait des recherches bactériologiques sur 31 appendices malades et sur 18 appendices sains enlevés fortuitement au cours d'autres opérations. Nous ne résumerons pas ici toute sa thèse, mais il résulte de ses travaux que l'*appendice malade contient principalement des microbes anaérobies stricts ou quelquefois des anaérobies facultatifs, tandis que l'appendice sain contient* **toujours** *des microbes aérobies, mais* **jamais** *des anaérobies, facultatifs ou non.*

De plus nous savons par les nombreux travaux parus dans ces dernières années, que les microbes qui sont nombreux dans l'appendice, impuissants vis-à-vis d'une paroi appendiculaire saine, infectent celle-ci quand elle est mal nourrie, mal irriguée ; ils triomphent sans peine, comme le dit Talamon, des éléments privés du liquide sanguin nourricier. D'autre part la richesse de l'appendice en follicules clos en fait un organe important de phagocytose, propre à sa défense.

Klecki avait constaté que la *virulence* du bacille de l'appendicite qu'il croyait alors être le coli, se produisait dans le cas où la lésion prédominante de la paroi appendiculaire se caractérisait par une stase veineuse prononcée (il liait la veine appendiculaire) et que dans les cas où la paroi appendiculaire était seulement anémique, on ne trouvait jamais de virulence du colibacille. Il n'a jamais pu constater de relation entre la virulence du microbe et l'occlusion de la cavité appendiculaire, ceci pour la théorie du vase clos.

Nous ne voulons pas reprendre ici toutes les opinions émises relativement à l'étiologie de l'appendicite; cela nous entraînerait trop loin de notre sujet, elles sont du reste très connues, mais toutes peuvent se rattacher aux théories qui donnent pour

[1] S. Grigoroff. Contribution à la pathogénie de l'appendicite. *Thèse Genève*, 1905.

Digitized by Google

cause de l'appendicite le développement des anaérobies, dont les colonies attaquent, ainsi que l'on démontré Veillon et Zuber, les tissus de l'organisme mal nourris et dont l'inoculation provoque la nécrose et la gangrène. Les anaérobies sont des organismes de putréfaction qui attaquent les substances albuminoïdes, liquéfient et putréfient la fibrine, ou favorisent le développement de microbes ayant cette action, car les espèces d'anaérobies sont nombreuses et font bon ménage ensemble ; nombre d'entre elles sont pathogènes, ont des propriétés gangrèneuses qu'elles communiquent au pus, lui donnant son caractère gangréneux et sa fétidité.

L'appendicite parait donc, d'après les recherches de Massol et de Grigoroff, devoir être considérée comme le résultat d'un processus gangréneux débutant par une simple follicullite et pouvant aboutir à la perforation par grangrène avec tous les degrés intermédiaires. L'appendicite catarrhale en serait le degré le plus atténué, l'appendicite gangrèneuse le stade le plus avancé.

Pour que ces colonies d'anaérobies pullulent, que faut-il ? nous l'avons vu plus haut : un trouble dans la circulation, une stase veineuse ; de plus elles ne peuvent se développer que dans un milieu nettement alcalin.

Ici encore soit l'alimentation, soit l'état des parois intestinales jouent un rôle considérable, en agissant sur l'état de la flore intestinale. Nous ne reviendrons pas sur les belles démonstrations de Lucas Championnière établissant que les malades qui se nourrissent surtout de viandes sont bien plus souvent atteints que les végétariens. Le régime carné favorise la production de ferments putrides, tandis que l'alimentation végétale et lactée met presque sûrement à l'abri de l'appendicite ; le bacterium coli et le bacilus lactis ærogenes, décomposant les hydrates de carbone et produisant de l'acide lactique, créeraient par conséquent un milieu défavorable au développement des bactéries anaérobies, et pour que ce travail puisse se faire, *il faut aussi une circulation du sang artériel aussi bonne que possible.*

Plusieurs des appendices livrés par nous se sont montrés stériles ou n'ont donné de cultures qu'au bout du cinquième ou du sixième jour. M. Grigoroff dit que cette stérilité a aussi été constatée dans d'autres cas (10 % d'après Tavel). Aucun de nos appendices n'étaient clos du côté de la cavité intestinale; je ne sais pas ce qui en était pour les autres cas stériles. M. Gri-

Digitized by Google

Grigoroff explique cette stérilité par une action phagocytaire très intense, déterminant un double processus de réparation et de désinfection. Les phagocytes arrivant en grand nombre dans l'appendice lésé, happent englobent et digèrent les microbes à leur portée, ils se fixent et forment du tissu conjonctif ; ce serait là le mécanisme réparateur ; l'action phagocytaire se poursuivant débarrasse alors l'appendice des organismes qu'il contient.

Ajoutons que le développement des colonies anaérobies amène chez l'individu une intoxication générale par le produit de ces bacilles, intoxication dangereuse au premier chef, si l'organisme n'arrive pas à éliminer au dehors les toxines ainsi formées.

La question de l'appendicite étant placée sous ce jour nouveau : *attaque d'un organisme mal nourri par des processus de gangrène et infection générale de l'individu par les produits de ces processus*, voyons si notre traitement peut y trouver l'explication de ses phénomènes curateurs ou tout au moins de défense.

Je dis : « phénomènes curateurs » et n'entends cependant pas par là vouloir guérir complètement les malades atteints d'appendicite par les seuls moyens du massage, mais je désire mettre à la disposition du chirurgien un traitement qui secondera son intervention, si celle-ci est nécessaire,

1° en facilitant l'élimination des produits toxiques formés dans l'organisme par les bacilles anaérobies

2° en arrêtant le développement de ces bacilles

3° en favorisant la défense de l'organisme contre leurs attaques, et en activant la réparation des lésions qu'ils ont pu produire.

J'ai été le premier à constater l'*abaissement généralement très rapide de la température et la réaction intense qui se produit à la suite des séances de vibrations abdominales manuelles*, phénomènes qui ne peuvent s'expliquer que par des effets de « désintoxication » de l'individu.

C'est cet ensemble de phénomènes que je veux exposer ici et chercher à expliquer, phénomènes qui se présentent d'une façon très nette dans les appendicites, mais qui se retrouvent aussi dans d'autres affections de la cavité abdominale, comme dans les étranglements internes, les infections des organes génitaux de la femme, les périproctites, les entérites muco-menbraneuses, etc.

Digitized by Google

Nous nous bornerons dans ce travail aux appendicites aiguës ou subaiguës, dont nous présenterons quelques cas appartenant à des variétés diverses et que nous diviserons en trois groupes : le premier comprenant les *cas aigus ou subaigus, non fébriles, opérés;* le second les *cas aigus, fébriles, non opérés;* le troisième les *cas aigus, fébriles, opérés.* Je ne mentionnerai pas les cas aigus *non fébriles* et *non opérés*, la démonstration de l'attaque d'appendicite ne pouvant être faite ici d'une façon absolument certaine.

Pour *l'appendicite chronique,* l'intervention est la même que pour les cas aigus ou subaigus, soit que nous ayons à faire à une récidivive donnant lieu à des accidents plus ou moins graves, soit que notre intervention puisse être réclamée dans un moment de calme dans le but de prévenir le retour de ces accidents et surtout pour préparer le malade à l'opération chirurgicale.

Dans les cas chroniques le massage vibratoire, complété du reste par d'autres manipulations de massage, met par son action même bien plus sûrement à l'abri de la récidive ; il assouplit l'abdomen, supprime la constipation, les troubles de la circulation, en un mot permet au malade de lutter contre le mal, peut être même de guérir radicalement sans qu'il soit nécessaire de recourir à une intervention sanglante (ce qui cependant est contraire à nos principes).

Le massage vibratoire appliqué après une intervention à chaud facilite la cicatrisation de la plaie et empêche les adhérences produites de devenir dangereuses, il raccourcit le temps où l'intervention radicale à froid pourra se pratiquer en même temps que la résection de la cicatrice.

Le massage vibratoire, *comme suite* de la laparotomie pratiquée pour l'enlèvement de l'appendice refroidi, facilite le bon fonctionnement de l'intestin, empêche la formation d'adhérences, assouplit la cicatrice, lutte contre l'atrophie musculaire des parois abdominales et la formation éventuelle d'une hernie, sans parler de son effet sur l'état général du sujet.

Groupe I. — *Cas aigus ou subaigus, non fébriles, opérés*

Obs. I. — Mlle X., cuisinière 24 ans.

Pas d'antécédents morbides ; femme généralement bien portante, quoique très constipée et ayant pour habitude de se nourrir principalement de viande, de pain et de fromage, détestant les fruits et les légumes.

Digitized by Google

Elle souffre depuis quelques jours de malaises dans le ventre, de ballonnement, n'a pas eu de selles depuis trois ou quatre jours.

Un dimanche après-midi, elle ressent dans le côté droit du bas ventre une douleur brusque qui devient de plus en plus intense, puis elle est prise de vomissements et de frissons. Un médecin appelé diagnostique une appendicite aiguë et conseille l'application de cinq sangsues. Le soir, les douleurs augmentant, on me fait appeler ; je constate un ventre dur, ballonné, très sensible à droite au point de Mac Burney, avec défense musculaire très marquée, frissons, vomissements. La malade est transportée à ma clinique.

Les plaies des sangsues saignent beaucoup, et on a de la peine à arrêter l'hémorragie. T. 37° 6. Pouls rapide.

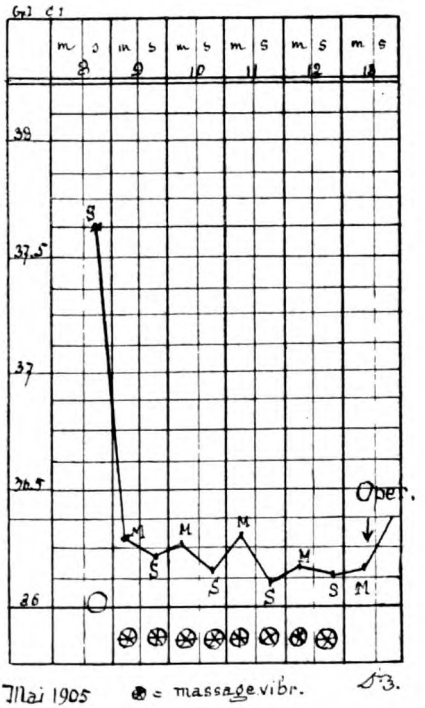


Fig. 1.

Massage vibratoire pendant trois quarts d'heure ; vibrations *in situ*, et sous-hépatiques. La malade se sent soulagée, quelques gaz. Nuit bonne, sans morphine ni glace sur le ventre. Les vomissements ont cessé.

Le lendemain matin la malade a un bon facies, un pouls plein et lent, une température de 36° 4 ; elle réclame de la nourriture, mais nous maintenons la diète hydrique. T. s. 36° 3. Deux séances de vibration, le matin et le soir, de vingt minutes chacune.

Digitized by Google

Le lendemain selle spontanée, d'abord solide, puis liquide, ne présentant rien d'anormal.

Les jours suivants la température varie peu, et reste toujours au-dessous de 36° 5, elle est plus basse le soir que le matin. Diurèse abondante, langue propre. Alimentation liquide. La malade se sent si bien qu'elle voudrait renoncer à l'opération qui est néanmoins pratiquée le sixième jour.

Opération : Pannicule graisseux très développé. Incision oblique habituelle de la région appendiculaire. On sort facilement le cœcum qui porte un appendice du volume du petit doigt, tuméfié en massue à son extrémité ; parois un peu épaissies, adhérant légèrement au cœcum et à une ou deux anses avoisinantes par de minces fausses membranes.

La couleur de l'appendice est rosée, le lacis vasculaire est assez développé, les vaisseaux très arborescents, mais sans turgescence. L'organe est enlevé par les procédés habituels et placé dans un tube stérile. Les parois abdominales ont peu saigné contre notre attente.

Guérison. Le septième jour léger hématome sous cutané. Suites normales.

L'appendice, dont la cavité communiquait largement avec le cœcum, a été reconnu stérile au laboratoire, *aucun ensemencement n'a pullulé.*

Obs. II. — Mme X., 34 ans, sans profession. Pas d'accouchement ni de fausses couches. Règles régulières, mais douloureuses. Pas de constipation. Alimentation normale.

Elle était en traitement chez moi depuis assez longtemps pour pertes vaginales abondantes, elle a été curettée il y a un an par un confrère qui la considérait comme atteinte d'endométrite. Utérus normal ; à droite on sent une trompe un peu augmentée de volume, mais peu douloureuse. L'écoulement qui se produit pendant la période intermenstruelle parait provenir surtout de l'utérus. Le vagin est légèrement enflammé.

J'attribue les pertes à un pyosalpinx se vidant par intervalles dans l'utérus et le vagin. La malade ressent à ce moment des douleurs sourdes dans le bas ventre du côté droit, j'attribue ces douleurs aux tractions de la trompe.

Je traite principalement la vaginite par des pansements me réservant d'intervenir du côté tubaire à une période plus tardive, la malade n'ayant pas le temps de se faire opérer à ce moment.

Au commencement d'octobre, les pertes diminuaient depuis quelques temps quand la malade me fait appeler brusquement à 5 h. de l'après midi pour de violentes douleurs dans le côté droit du bas ventre.

Je constate à mon arrivée un ventre ballonné, des nausées et une grande sensibilité dans la fosse iliaque droite, mais au-dessus de la région tubaire, au niveau du point appendiculaire. On ne constate, par le toucher vaginal, rien de spécial dans le cul de sac latéral. T. 37° 0.

Je pratique pendant une demi heure des vibrations ; la malade est sou

Digitized by Google

lagée; je la laisse dans son lit et reviens à 10 h. du soir, les douleurs ont légèrement repris, T. 36° 3. Transpiration abondante, diurèse augmentée dans de fortes proportions. Nuit bonne. Diète lactée.

Le lendemain et les jours suivants températures normales, avec abaissement vespéral. Selles normales tous les jours. Deux séances de vibrations chaque jour.

Opération : Le cœcum présente un appendice gros comme un crayon, long de 8 à 10 cm., légèrement adhérent au psoas, mais solidement fixé par son extrémité abdominale à la trompe droite; celle-ci est kystique, du volume d'une banane, son extrémité abdominale est fermée, son extrémité utérine, épaissie, est perméable, il s'en écoule un liquide blanc laiteux. L'appendice et la trompe accolés sont enlevés ensemble. Ces deux organes sont plutôt pâles et peu vascularisées.

Guérison *per primam.*

A l'examen : Trompe kystique communiquant avec l'utérus contenant des cultures pures de *bacterium coli.* Appendice communiquant normalement avec l'intestin. *Coli bacilles et anaérobies,* la pullulation est très faible et n'a donné de résultat appréciable que le septième jour de l'incubation.

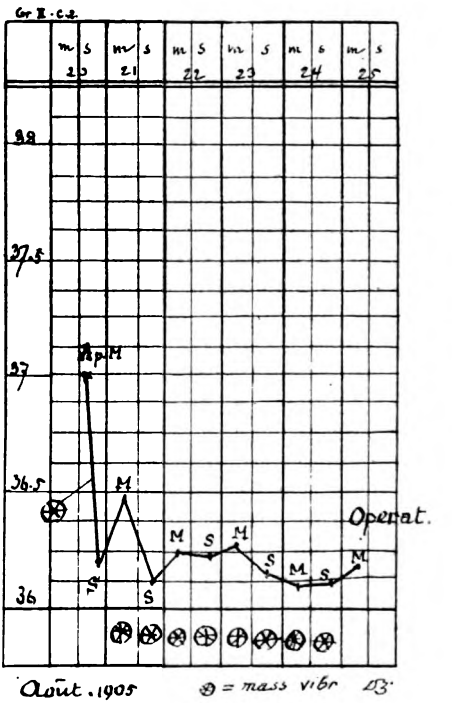


Fig. 2.

Digitized by Google

Obs. III. — X., cordonnier, 30 ans, entré le 19 février 1905 au soir à l'Hôpital cantonal de Genève; ayant déjà souffert auparavant de nombreuses crises d'appendicite.

Quand je suis appelé le 22 février, il souffrait de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, avec défense musculaire, induration dans la profondeur, gargouillements. Langue sèche, urines peu abondantes, — Glace, diète hydrique.

La température, dès l'entrée du malade à l'hôpital, était déja descendue à son niveau normal, 36° 5, avant que le massage fût commencé.

Une séance le soir ; le malade se trouve mieux, accuse une sensation de soif très nette pendant le massage, les gaz sortent faiblement.

Le 23, T. m. 35° 8, s. 36° 5. Selle normale. Le malade a faim; diète lactée ; il se lève de son lit.

Le 25 il aide à nettoyer la chambre; douleurs le soir. T. 37° 0.

A partir du lendemain deux massages par jour. *La température vespérale est toujours plus basse que celle du matin.* La fosse iliaque est tout à fait souple. Selles tous les jours, plus de douleurs. Le malade se lève et circule jusqu'à la veille de l'*opération* qui a lieu le 1er mars :

Appendice ratatiné au milieu d'adhérences, assez difficiles à détacher, mais pas d'hémorragie. Suites normales.

Examen microscopique : Bacterium coli et *anaérobies* n'apparaissant que le cinquième jour d'incubation.

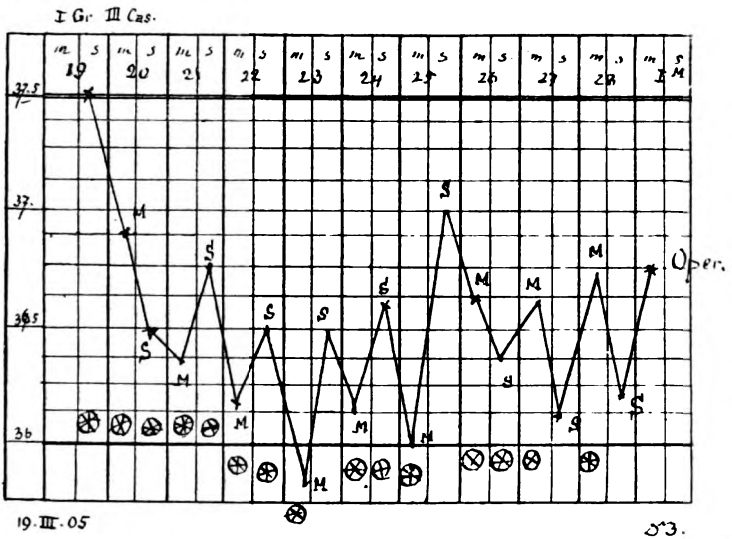


Fig. 3.

Ce cas est intéressant par la rapidité avec laquelle le chirurgien a pu intervenir après la dernière rechute aiguë ainsi que par les abaissements vespéraux de la température, qui ont été

Digitized by Google

observés d'une façon répétée à la suite des séances bi-journalières de massage, alors qu'auparavant il y avait ascension le soir, sauf le jour de l'entrée. L'état général du malade s'est aussi rapidement amélioré que l'état local.

Groupe II. — *Cas aigus ou subaigus fébriles, non opérés.*

Obs. I. — X., militaire, traité à l'hôpital St-Amé, à Saint-Maurice, en septembre 1905.

Nous donnons d'abord la relation de ce cas telle qu'elle nous a été remise par M. le major Cocatrix :

X,, soldat soigné dès le 30 août 1905 à l'infirmerie de bataillon pour entérite, entré le 1er sept. à l'infirmerie de St-Amé à St-Maurice pour périthyphlite. Diète absolue, opium, glace.

2 *sept.* : Douleurs dans la région iléo-cœcale, empâtement léger, pas de ballonnement.

3 » Selle spontanée. Empâtement prononcé. Urine chargée.

4 » Rien de spécial.

5 » Voussure plus étendue; ballonnement ; douleurs vives à la pression, eructations, selle spontanée.

6 » Rien de spécial.

7 » Ballonnement généralisé ; empâtement s'etend jusqu'à la région sous hépatique.

8 » *Massage vibratoire du Dr Bourcart, à 6 ½ du soir.*

9 » *Le malade me dit avoir ressenti une vive sensation de bien être après le massage, aucune douleur. Ballonnement diminué; le malade a eu une selle, la sœur de service n'a rien remarqué au point de vue du pus. Diurèse un peu abondante.*

10 » Selle observée et ne *contenant aucun pus.* T. m. 35° 8, s. 36° 1. Ballonnement et empâtement diminuent. Diurèse abondante.

11 » La température reste basse. Le status va en s'améliorant.

Il en est de même les jours suivants.

Le 15 octobre nous revoyons le malade et constatons un ventre souple ; dans la fosse iliaque on trouve encore une tumeur grosse comme le poing, douloureuse à la pression.

Le 22 octobre l'abdomen est encore sensible dans la fosse iliaque. Selles spontanées. Bonne diurèse.

Le malade quitte en novembre la clinique, bien portant. Il persiste dans la fosse iliaque droite un *cordon induré indolore,* le long du colon ascendant, près du bord du muscle droit.

Signé : Dr de Cocatrix, chef de l'ambulance II.

Voici ce qui s'était passé. En service militaire à St-Maurice et en suite d'une discussion et en face de confrères divisés sur ma méthode de traite-

Digitized by Google

ment, on me propose ce cas comme difficile, typique et concluant si je le guérissais ; je n'avais qu'un jour devant moi partant le lendemain en manœuvres. Je me rends à 6 ½ h. du soir à l'hôpital et trouve un soldat alité avec des compresses de glace sur le ventre.

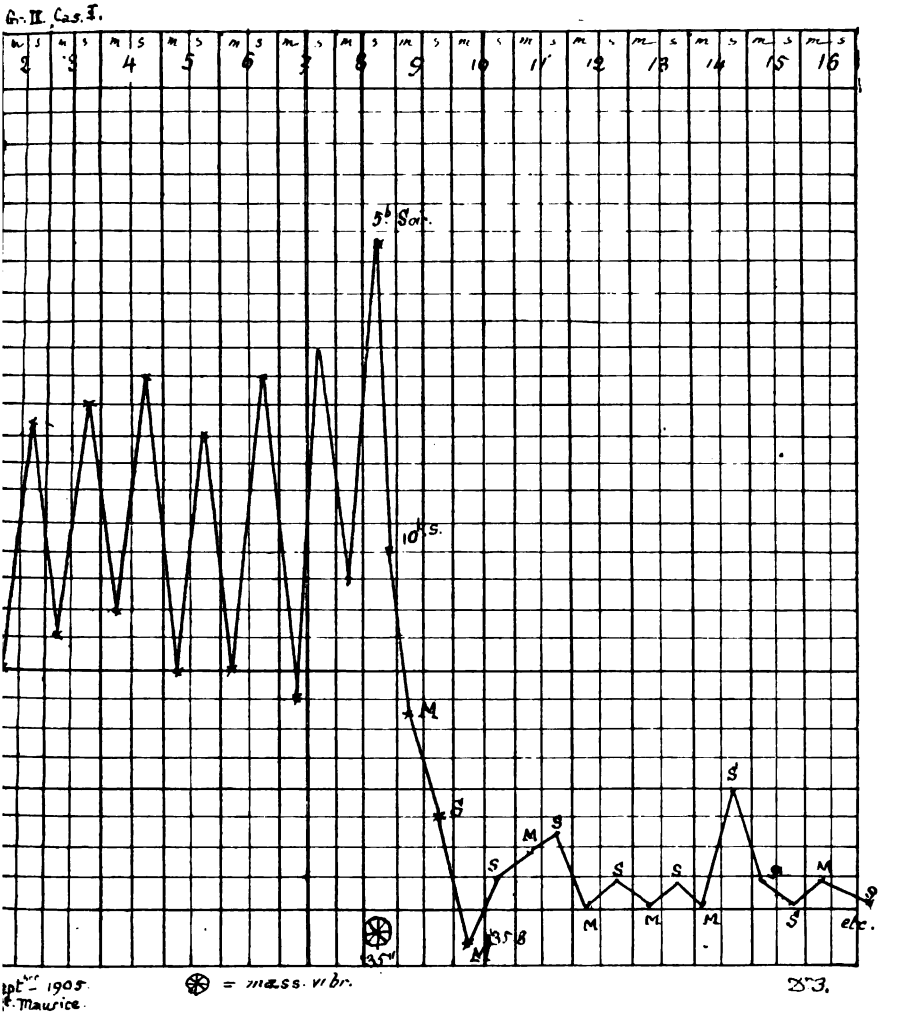


FIG. 4.

Abdomen ballonné, tendu, défensif à droite. Bouclier péritonéal nettement marqué, avec voussure spéciale dans la fosse iliaque droite, sans matité ; matité hépatique remontée. Langue sèche, peau brûlante, la tem-

Digitized by Google

pérature axillaire prise une heure auparavant indique 38° 7 et est sûrement supérieure actuellement. Dans le vase peu d'urine très chargée, Pouls 110.

Séance d'une demi-heure, très douce, ne provoquant aucune douleur. Vibrations sous-hépatiques principalement, et vibrations abdominales effleurantes. Jamais de pression dangereuse. Le malade croit être électrisé, et demande où sont les fils (il connait la sensation du courant pour avoir touché des fils amenant la lumière dans son village).

Il ressent un grand bien-être; *au bout de dix minutes, il se plaint d'une sensation de soif intense*; il était soumis à la diète hydrolactée. Je le quitte en moiteur, avec un pouls plein à 90 pulsations. Langue humide. Douleurs supprimées. Vents.

Ce n'est que plusieurs jours après que j'ai connu les résultats du traitement. Le malade a bien dormi, a fait sa crise de transpiration et de diurèse, sa température a baissé jusqu'au dessous de 36° (35° 8) et le pouls est descendu jusqu'à 48 à 50 pulsations, si bien que le médecin traitant commençait à en être inquiet, comme il me l'a raconté. Le quatrième jour X. a mangé des œufs à la coque et au bout de huit jours il se levait, ce qui explique la légère ascension thermique quoique normale qui a précédé son départ.

Ce cas est intéressant par sa netteté et surtout par l'effet d'une seule séance. Si il était unique, on pourrait l'attribuer à la fortuité, mais il est absolument semblable aux autres cas précités dans lesquels la température est tombée *dès la première séance de massage vibratoire;* il en a été de même pour phlegmons pelviens, traités d'après le même procédé et mentionnés dans mon premier travail. Ce malade comme beaucoup de ceux que j'ai traités, a eu une selle pendant sa crise de défervescence; on ne dit pas si cette selle renfermait du pus, c'est regrettable, mais par comparaison avec les cas identiques, on peut affirmer le contraire. Du reste il n'y avait pas de pus dans la selle du lendemain et les malades qui vident leur abcès dans l'intestin, n'ont pas généralement une courbe de température semblable, subnormale le soir, et ne présentent pas cette ensemble de phénomènes généraux typiques, qui ressemblent bien plutôt à ceux de la crise de la pneumonie aiguë. Il y a eu dans ce cas une modification générale de l'état du malade qui pour celui qui l'observait à ce moment, ne pouvait pas être fortuite, comme d'aucuns pourraient le prétendre. L'infiltration était bien marquée, et on ne pouvait en tout cas déceler aucune fluctuation ; du reste, comme nous le verrons plus loin, lorsqu'il y a collection enkystée, la température remonte dès qu'on cesse le massage.

Digitized by Google

Obs. II. — Mlle X., 22 ans, traitée en juin 1904 ; elle n'a jamais eu de crises d'appendicite auparavant.

Très souffrante depuis plusieurs jours. Amenée à la clinique dans un état peu satisfaisant. Violentes douleurs dans la fosse iliaque droite. Vomissements. Constipation. Tumeurs nettement circonscrite dans la région appendiculaire. Bouclier péritonéal manifeste ; une opération à chaud semble imminente. Langue sèche, pouls rapide, diurèse fébrile.

Le 4 juin au soir, pour calmer les douleurs, massage vibratoire d'une

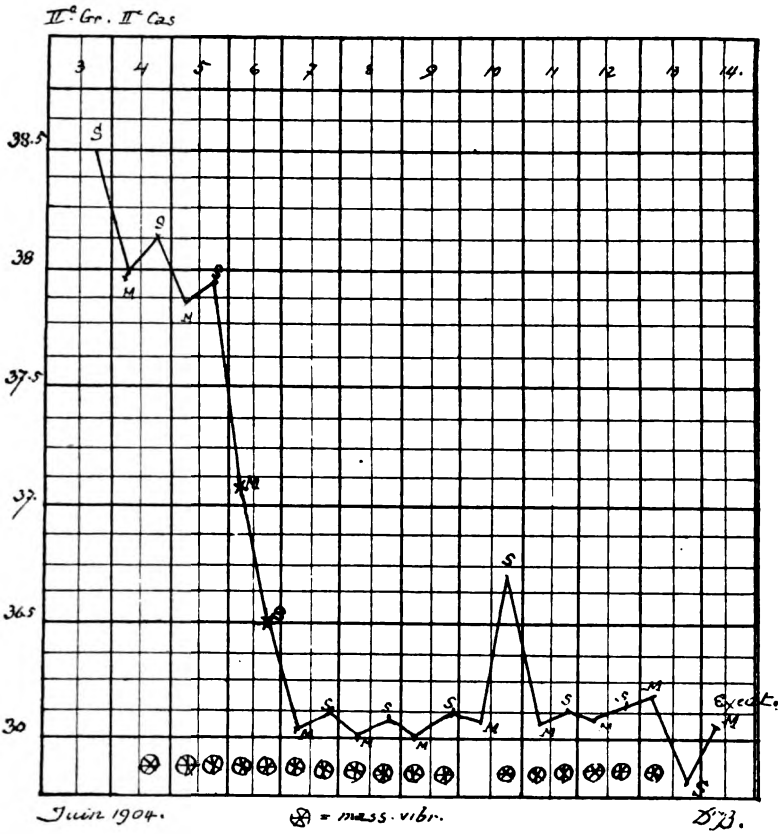


Fig. 5.

demi-heure, excessivement doux, uniquement sur la fosse iliaque droite. Au bout de dix minutes environ, sensation de soif nettement marquée, les douleurs se calment peu à peu. Sudation dans la paume des mains, le pouls devient moins rapide et plus fort. La nuit est meilleure, pas de morphine, pas de glace.

Digitized by Google

Le 5, amélioration, la langue est plus humide, la diurèse abondante. Deux séances par jour, d'une demi-heure. Sudation.

Le 6, la température descend fortement jusqu'au soir ; le ballonnement

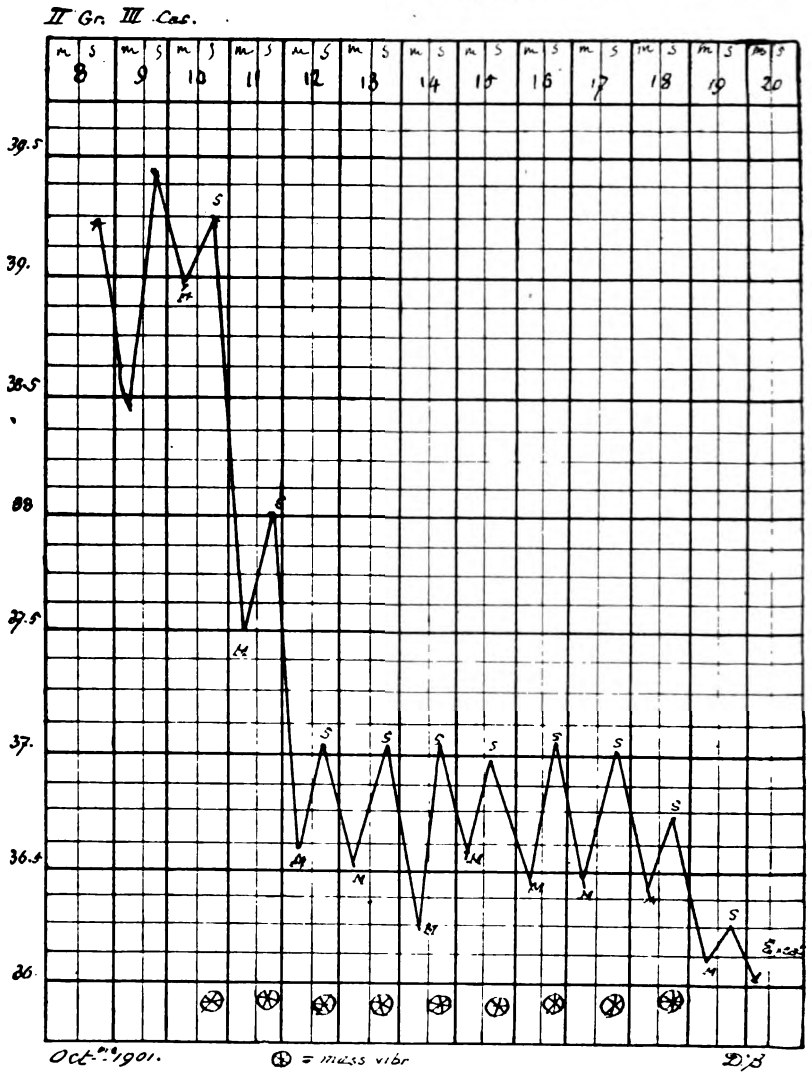


Fig. 6.

diminue ; l'induration persiste, mais bien moins douloureuse. Etat général satisfaisant. Diète lactée.

Le 7, selle par lavement, sans pus ; le ballonnement disparaît ; dans la fosse iliaque une induration marquée.

Digitized by Google

La malade continue à aller de mieux en mieux, si bien qu'elle refuse toute intervention chirurgicale pour le moment; elle se lève 11 juin et quitte malgré nous la clinique, ne présentant plus de douleur dans la fosse iliaque, mais toujours une induration légère dans la profondeur. Ventre souple. Selles régulières. La malade n'a pas eu de rechute jusqu'à aujourd'hui (Février 1906).

Obs. III. — Mme X., 27 ans, modiste. Amenée à la clinique venant de Savoie, le 8 octobre 1901.

Facies anémié. Peau sèche. Pouls rapide. Constipation. Ventre ballonné. Violentes douleurs dans la fosse iliaque droite. Pas de fluctuation. Vomissements.

Les premiers jours, morphine, suppositoires belladonnés, cataplasmes. Diète hydro-lactée. Glace à l'intérieur. Pas de selle. Peu de gaz. Diurèse fébrile. Langue sale.

Le 11 octobre, au soir, une demi-heure de massage vibratoire. Soulagement des douleurs. Vents. Sensation de soif. Pouls plein. Dans la nuit, transpiration abondante. Diurèse augmentée.

Le 12, état meilleur. Selle normale le soir. Ballonnement diminué.

Les 13, 14, 15, amélioration progressive, la malade réclame de la nourriture. Le ventre s'assouplit, induration dans la profondeur de la fosse iliaque.

On continue les massages jusqu'au 18 octobre. Une seule séance par jour, vibrations sur la fosse iliaque droite et la région sous-hépatique. Légers massages à gauche sur l'S iliaque. Selles tous les deux jours.

Mme X. quitte la clinique le 20 octobre, se levant depuis deux jours, et se sentant si bien qu'elle refuse une intervention à froid. J'ai eu de ses nouvelles en 1904, elle est toujours bien portante.

Obs. IV. — Le cas de ce jeune garçon de 14 ans, est intéressant, par le fait qu'il est venu chez moi, parce que, venant d'avoir une appendicite aiguë assez grave, il lui était resté une déviation en C de la colonne vertébrale, à convexité gauche, assez accentuée. L'attaque aiguë remontait à un mois.

Quand je le vis en novembre 1902, je constatai une élévation de la température (38° 2), son ventre était encore ballonné, sensible dans le côté droit, et surtout au niveau du psoas, avec une légère induration diffuse dans la fosse iliaque. Il avait de la constipation, la langue sèche, de l'inapétence. Il aurait fallu le renvoyer chez lui, mais il était fort mal logé, et ne voulait ni entrer à ma clinique, ni à l'hôpital. Je lui prêtai un thermomètre pour qu'il prenne sa température le matin, et le soir à 5 h. il venait chez moi. Dès les premières séances, son état s'améliora, peu à peu son ventre devint souple, la langue se nettoya, les selles devinrent régulières. Au bout d'un mois, il s'était tout à fait redressé et avait augmenté

Digitized by Google

de 10 kilogs. Je l'ai suivi un certains temps encore, puis n'ai plus eu de ses nouvelles.

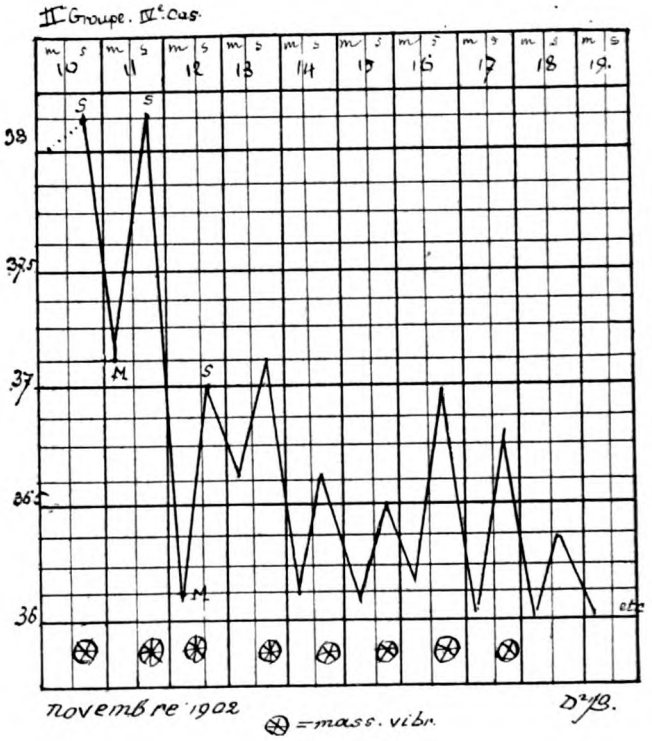


Fig. 7.

Ce cas subfébrile est curieux, par le fait que le malade, ayant eu une attaque très grave, et dont il n'était pas encore remis, a rapidement repris sa température normale à la suite d'un traitement qui a probablement amélioré la circulation abdominale et fait disparaître les derniers vestiges de son infection. La déviation guérie étant évidemment due à une inflammation du muscle psoas.

Remarque. Ces trois derniers cas, tout en présentant la défervescence typique du traitement par les vibrations manuelles, n'ont pas donné lieu à des défervescences vespérales marquées ; la cause en est probablement due au fait que je ne faisais alors qu'une séance par jour.

Digitized by Google

Groupe III. — *Cas fébriles, opérés.*

Obs. I. — X., jeune homme de 17 ans, apprenti pharmacien, amené à l'Hôpital cantonal le 14 avril 1905, avec une violente douleur abdominale, surtout à droite ; ventre ballonné, défense musculaire, crises très douloureuses suivies de gargouillement, empâtement de la fosse iliaque droite, anurie, au cathétérisme urine très peu abondante, langue sèche, obnubilation. T. à 5 h. du soir 39°, P. 115.

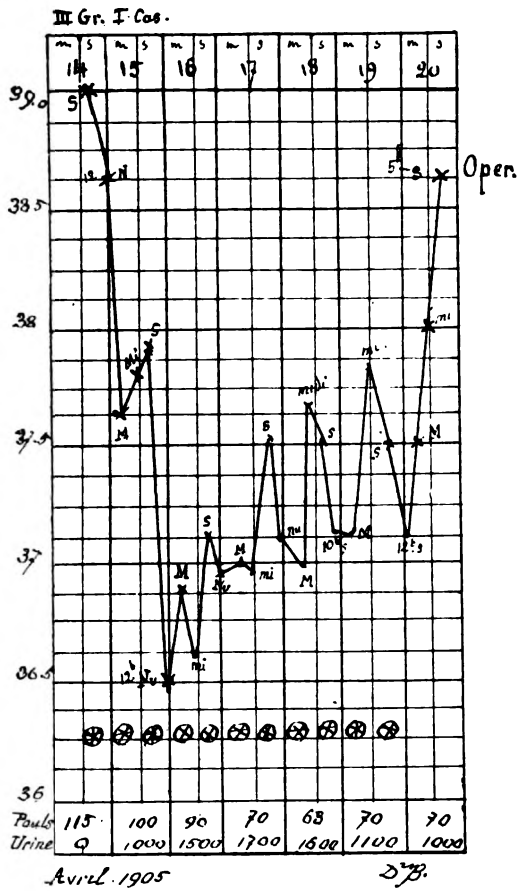


Fig. 8.

A 6 h., une demi-heure de vibrations ; les douleurs sont calmées, légère transpiration, sensation très marquée de soif ; une demi-heure après le massage, T. 38°5 ; à minuit 38°6.

Digitized by Google

Le lendemain et les jours suivants, nous pratiquons deux séances de massage ; le premier soir nous obtenons une descente arrivant comme on peut le voir sur le tracé, à 36° 5. Toutes ces températures sont axillaires. L'abaissement graduel de la température coïncide avec une amélioration de l'état général, l'urine devient plus abondante, il faut néanmoins sonder le malade ; transpiration.

Le sixième jour, la température, malgré un état favorable, a une tendance à remonter ; le ventre n'est cependant plus douloureux, mais je sens un certain empâtement au point de Mac Burney.

Le 20 au soir, la température montant depuis midi, je conclus à une collection purulente, malgré qu'il soit difficile de sentir de la fluctuation. Incision le soir même, le pus sort avec force, ce qui prouve son bon enkystement. Tamponnement.

Chez ce malade, le massage n'ayant pas amené de défervescence continue, mais seulement une première descente, qui n'a pas persisté, nous avons conclu à une collection enkystée à inciser le plus rapidement possible. Ce diagnostic s'est trouvé exact et la baisse de température de 39° à 36° 5 en huit heures ne pouvait pas être due à une perforation dans le rectum, l'abcès étant bien formé au moment de l'incision.

Les vibrations ont ici facilité le diagnostic et l'intervention, car non seulement il y a eu une grande amélioration dans l'état du malade, mais il y a eu démonstration évidente que, malgré la difficulté que présentait dans ce cas le diagnostic de la collection, on pouvait par la forme de la courbe de la température, conclure à l'existence certaine d'un abcès et y planter le bistouri.

Phénomène curieux, quand la température remontait, le malade n'accusait plus la sensation de soif typique pendant le traitement.

Ce malade a été plus tard repris par le traitement vibratoire dans but de hâter sa guérison et de favoriser l'intervention à froid. Sa plaie s'est très rapidement fermée, mais il n'a pas eu la patience d'attendre suffisamment. Nous avons pu observer nettement chez lui *le blanchissement de la plaie pendant les vibrations sous-hépatiques*, vibrations qui activent si spécialement la circulation porte, prouvant ainsi une suractivité circulatoire dans les vaisseaux en relation avec la cicatrice, sorte de Talma en petit, mais agissant en sens contraire.

Obs. II. — Z., âgé de 14 ans, a déjà eu plusieurs atteintes d'appendicite en août 1904, et en janvier 1905 ; il a déjà été opéré le 27 janvier à chaud, puis s'était guéri.

Digitized by Google

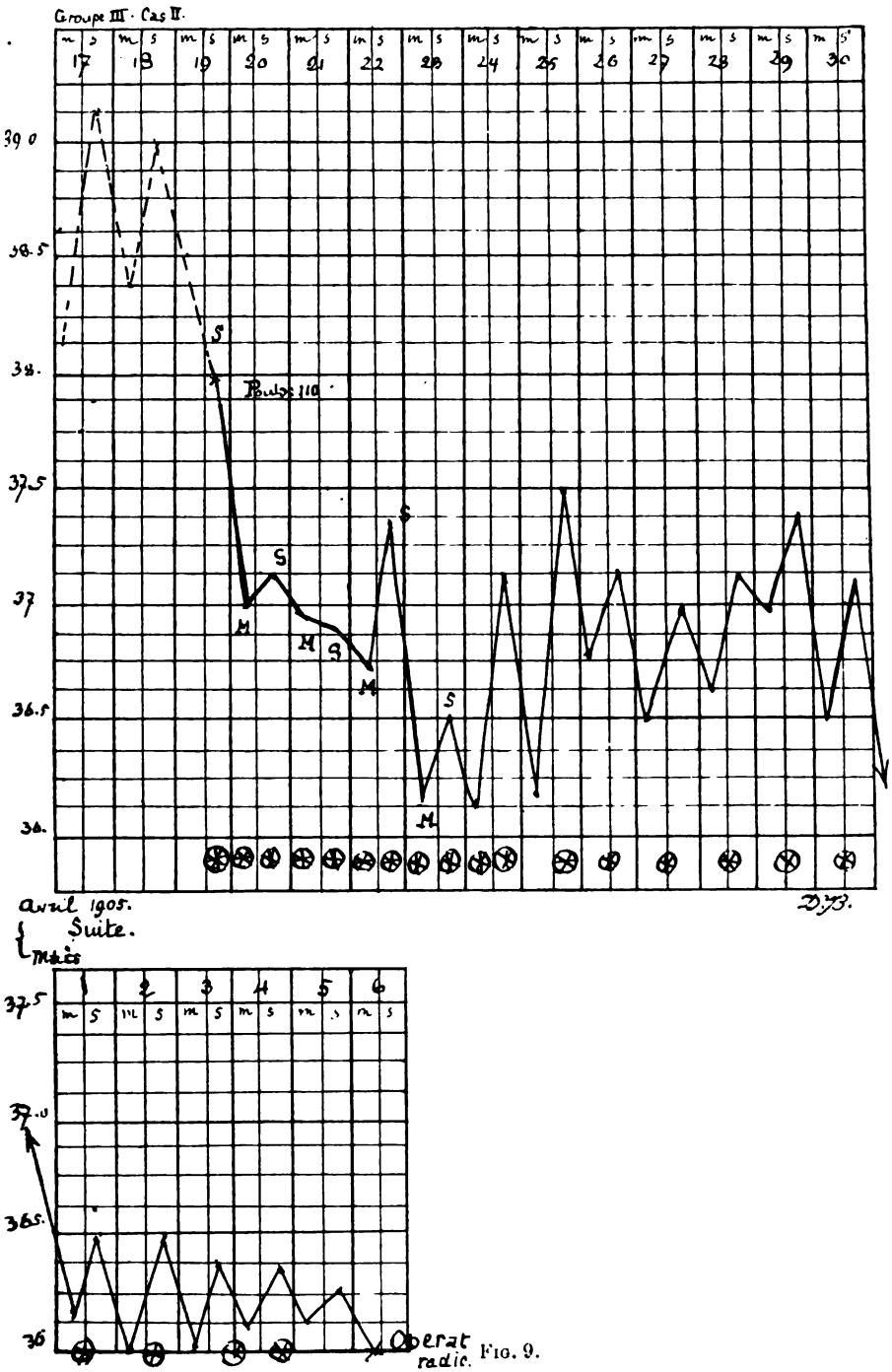


Fig. 9.

Digitized by Google

Quelques jours avant son départ de Roanne, il éprouve de nouveau une violente douleur dans la fosse iliaque droite, avec des températures vesperales de 39°2 et 39°1, le 17 et le 18 avril 1905 ; le 19 il entre à l'Hôpital cantonal de Genève.

Enfant d'aspect pâle, émacié, langue sèche, urine peu abondante. Le ventre gros, ballonné, présente dans la fosse iliaque droite une cicatrice d'un rouge violacé, entourée d'une zone d'infiltration très douloureuse, sonore, avec gargouillements localisés. T. à 5 h. du soir, 37°8, P. 110. Constipation. Matité hépatique diminuée.

Massage vibratoire. Le malade éprouve une sensation de bien-être tout en ayant un sentiment de soif très prononcé au bout d'une dizaine de minutes. *Transpiration.* Le pouls devient plein et plus lent.

Le traitement est continué deux fois par jour.

Au bout de 24 heures, la diurèse a plus que doublé, l'induration autour de la cicatrice disparaît. Celle-ci blanchit très nettement pendant les vibrations, surtout pendant les vibrations sous-hépatiques. Le deuxième jour, selle normale, qui reviendra à peu près régulièrement chaque jour. La défervescence se continue sans oscillation importante jusqu'au 22 avril ; à ce moment la courbe remonte légèrement puis descend le 23 à 36°1, et devient ensuite régulière ; pendant les jours qui précèdent l'opération, elle reste entre 36°1 et 36°4. Les douleurs disparaissent peu à peu ainsi que l'infiltration en bouclier, la cicatrice devient blanche, s'assouplit, les gaz passent facilement et sans gargouillements.

Le 5 mai, le malade dont l'état est excellent subit une opération radicale ; excision de la cicatrice et enlèvement de l'appendice ; celui-ci est étranglé par son milieu, et fixé par de nombreuses adhérences fibreuses ; hémorrhagie nulle. Guérison *per primam.*

Ce malade a été opéré dix-huit jours après le début d'une crise aiguë, dans de très bonnes conditions. Il a présenté dans les premiers jours une réaction très marquée au massage, caractérisée par un abaissement rapide de la température, qui n'était, il est vrai plus très élevée à ce moment ; les phénomènes les plus évidents ont été dans les deux premiers jours, le changement total de *l'aspect général du malade*, et l'action du massage sur *l'état abdominal*, la *sécrétion rénale* et *cutanée*, etc. Le pâlissement de la cicatrice à distance était très net, démontrant ainsi l'action du massage sur la circulation porte en relation avec elle. Nous avons observé dans ce cas, le retour de la matité hépatique à sa dimension normale (on sait que pour Oppenheim et Sonnenburg, la disparition de la matité hépatique peut être considérée comme un signe pathognomonique de l'appendicite).

On sent nettement que, chez les divers malades dont nous

Digitized by Google

venons de parler, à partir du moment où le traitement a été appliqué, a commencé une lutte de l'organisme contre l'intoxication.

Obs. III. — Mlle Z., 31 ans. L'observation mentionne que la malade aurait eu déjà autrefois plusieurs attaques d'appendicite, dont l'une d'entre elles se serait terminée par une évacuation de pus dans le rectum.

Elle est envoyée le 21 mars 1905, à l'Hôpital cantonal pour une nouvelle attaque, remontant à plusieurs jours. Diète hydrique, glace sur le ventre.

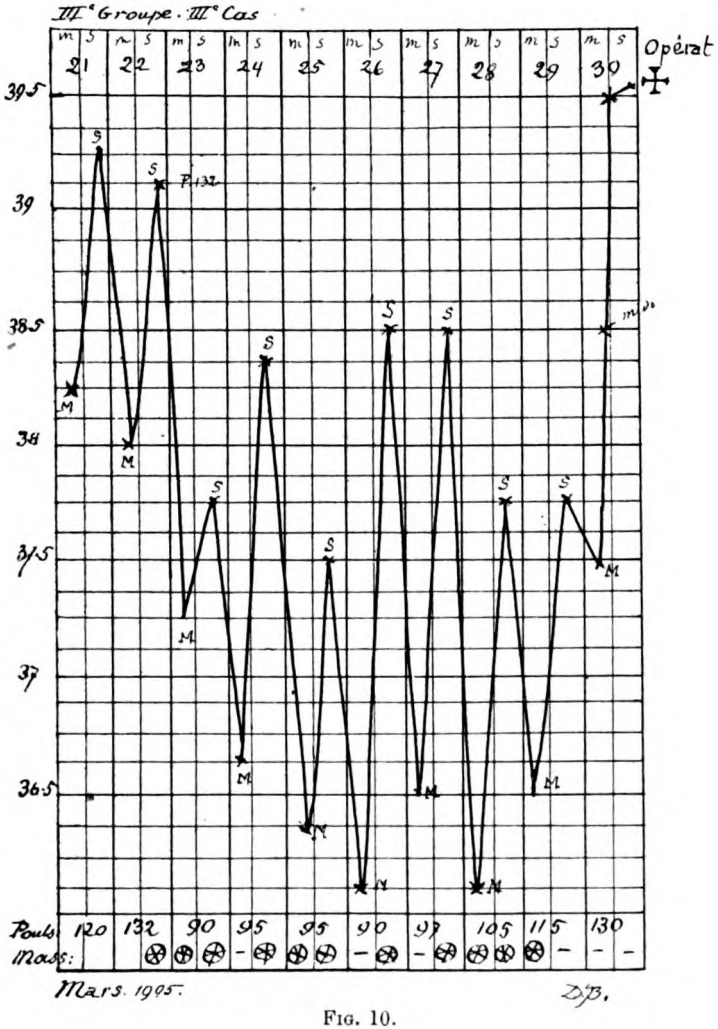


Fig. 10.

Digitized by Google

Etat fébrile intense, yeux brillants, facies émacié, peau sèche, langue sale, abattement complet et grave ; cet état ne paraît pas tout à fait récent. Le ventre plutôt ballonné, très sensible, présente une induration peu prononcée dans la fosse iliaque droite ; par contre, on sent un peu plus haut, dans la région sous-hépatique, un gros paquet douloureux, rénitant, donnant la sensation d'un gros rein prolabé.

La température prise une demi-heure auparavant étant de 39° 2, le pouls au moment de l'examen est à 120, il était auparavent à 130 et 132. Les températures, la veille, étaient de 38° 3, 39° 3, 38° 0.

Urine rare, rouge foncé, pas de selle depuis l'entrée à l'hôpital. Diète hydrique, glace sur le ventre. Etat infectieux très marqué.

Massage à 5 1/2 h. du soir, consistant en un « massage vibratoire » excessivement doux, sur le bas-ventre, la main reposant à peine. La malade en éprouve du bien être et de la détente, le pouls devient plus plein, les douleurs sont moins vives ; au bout d'une dizaine de minutes, sensation de soif très prononcée, puis moiteur, évacuation de gaz, soulagement général.

La durée de la séance est d'une demi-heure, la main n'a pas changé de place. Dans la nuit la malade a mieux dormi, l'urine a été abondante et plus claire. T. 37° 2, P. 90 le matin.

Continuation du traitement, deux séances par jour, d'une demi-heure chacune. Le ventre est moins sensible, la langue se nettoye. Il y a eu dans la nuit une petite selle normale, sans pus. Le soir, T. 37° 8, P. 90. La fosse iliaque s'assouplit, l'induration et la douleur persistent dans la région sous-hépatique. Le ventre est plat. Nuit bonne.

Le lendemain 24 mars, la température descend encore et atteint 36° 6, le pouls 92, l'aspect général est meilleur. T. s., 38° 4.

Le 25 mars, T. m., 36° 4, s. 37° 5. Deux séances. Evacuation de gaz, urine abondante, pouls plein, transpiration ; la tumeur sous-hépatique est nettement circonscrite, une peu moins douloureuse.

Le 26, T. m., 36° 1, état général satisfaisant ; dans l'après-midi la malade cause avec des voisines, s'assied dans son lit, et malgré les ordres, se laisse aller à manger une orange ; le soir elle se sent moins bien, légers frissons, T. 38° 5, P. 95. Continuation du traitement.

Le 27, la malade a un peu dormi, T. 36° 5, P. 100, urine moins abondante. On sent nettement de la fluctuation au niveau de la tumeur sous-hépatique.

Le 28, T. m., 36° 1, T. s., 37° 8. Urine un peu plus claire. L'opération est décidée pour le lendemain, *cessation du massage*.

Le 29, T. m., 36° 5, s., 37° 8.

On avait attendu ce jour-là pour l'opération, espérant que l'état de la malade s'améliorerait encore ; néanmoins le lendemain la température étant le matin de 37° 5 et à midi de 38° 5, on décide une intervention immédiate consistant dans l'incision sous-hépatique de la collection purulente et dans son drainage. Avant l'opération, T. 39° 3, P. 130.

Digitized by Google

L'incision donne issue à environ un litre de pus fétide ; lavage, drainage. La malade va de plus en plus mal et meurt à minuit.

Résultat de l'autopsie : Proctite ulcérée, abcès dans le foie, péritonite localisée péri-hépatique. Pleurésie purulente à gauche et à droite. Aucune perforation au niveau de l'appendice ; celui-ci est seulement fixé par quelques brides fibreuses anciennes ; on retrouve dans l'intestin des quartiers d'orange mal digérés.

Bien que ce cas puisse, d'après le bulletin d'autopsie, ne pas être compté au nombre de ceux d'« appendicite aiguë » traités par le massage vibratoire, et qu'il paraisse assombrir notre série, j'ai tenu à le mentionner, soit parce qu'il avait été diagnostiqué et traité comme une appendicite aiguë avec abcès sous-hépatique, soit surtout à cause des faits intéressants qu'il présente.

On peut discuter plus ou moins sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale plus précoce, qui aurait peut-être sauvé la malade, mais le diagnostic de la collection purulente sous-hépatique n'a pu être fait que les derniers jours ; d'autre part il semblait que, sous l'effet du massage, il se produisait une amélioration dans l'état général, qui rendait la malade plus résistante à une intervention sanglante. Là n'est point la question.

Quel a été ici l'effet du massage, si comme je le répète, on peut appeler « massage » le fait d'appliquer très légèrement la main sur le bas-ventre, en lui imprimant une vibration presque invisible à l'œil nu ? Comme toujours, il y a eu une action profonde sur l'organisme, action de lutte contre l'intoxication ; le cœur, les reins, la peau se remettent à fonctionner, ainsi que le prouvent l'élimination abondante d'une urine plus claire, la transpiration, le relèvement des fonctions cardiaques, l'abaissement de la température, le matin principalement.

L'élévation marquée de la température vespérale, indiquait qu'il y avait là une collection purulente, qui, malgré la lutte de l'organisme, s'est étendue, développée, au point d'atteindre des organes essentiels, et assez grave pour ne pas permettre à la malade de se remettre, après l'évacuation de la poche purulente. Mais comment s'expliquer ces fortes baisses de température, malgré le volume et l'étendue de la collection, si ce n'est pas l'effet d'une défense intense de l'organisme, parvenant à éliminer grâce à une amélioration de sa circulation, les toxines qui paralysaient ses fonctions vitales, mais ici malheureusement, trop tard pour sauver la malade.

Digitized by Google

Quel est donc le rôle joué par les manipulations de massage vibratoire et comment devons-nous expliquer leur action spéciale dans les appendicites ?

Dans la communication que nous avions présentée l'année dernière à la *Société médicale de Genève*, nous disions :

1° Ces manipulations exercent un effet décongestionnant sur les vaisseaux de la cavité abdominale:

a) sur les artères, par l'action excitatrice réflexe des centres vaso-moteurs abdominaux.

b) sur les veines viscérales, en activant le passage du sang vers et à travers le foie.

L'augmentation de la circulation artérielle peut être mécanique, directement par l'action manuelle, indirectement par le relèvement de la tonicité du sac musculaire abdominal, et aussi par l'action directe du massage sur la circulation propre des centres nerveux vaso-moteurs dont l'action réflexe est ainsi augmentée, leur nutrition étant meilleure.

Actuellement, nous dirons: l'*action du massage vibratoire est essentiellement antitoxique; elle lutte, par l'amélioration de la circulation abdominale, contre les méfaits généraux et spéciaux des bacilles anaérobies, en amenant leur destruction sur place, en facilitant l'élimination de leurs produits et en favorisant le travail de réparation des lésions dont ils ont été la cause.*

L'action du massage vibratoire sur la circulation portale se fait sentir de deux façons :

a) directement sur le foie par les vibrations sous-hépatiques; le sang traversant plus facilement le foie pour venir se jeter dans la veine cave, le travail antitoxique du foie en bénéficie largement et vient s'ajouter au travail mécanique; cette action est réelle et peut se constater dans les phénomènes d'élimination.

b) par l'action de la vibration abdominale sur la circulation portale, en dirigeant celle-ci d'une façon plus intensive, vers le foie.

La *veine porte* commençant par des capillaires dans l'intestin et les viscères et se terminant de même dans le foie, aurait besoin d'un cœur pour activer la circulation du sang en avant, la *vis à tergo* étant presque réduite à zéro, et l'aspiration en avant étant presque nulle.

Quelle est donc la cause de la progression du sang si ce n'est la résultante de la pression du sac musculaire abdominal

Digitized by Google

externe et la pression des gaz sur le sac intestinal interne, c'est à dire l'*action du régulateur abdominal sur la masse sanguine arrivant par les capillaires artériels*. Or combien de fois ce régulateur n'est-il pas en défaut, soit par troubles nerveux, soit par troubles de nutrition. Malgré l'absence de valvules, rien ne facilite plus la marche en avant du sang dans les vaisseaux portes que le massage vibratoire, il est facile de s'en convaincre dans tout état pléthorique.

La vibration manuelle, si fine, si légère soit-elle, étend ses effets en largeur et en profondeur à grande distance, sans demander aucun effort dangereux de pression. J'ai vu une vibration se transmettre du canapé où était étendu le malade au plancher de la chambre et à cinq mètres de là, à une plante verte, dont les feuilles inscrivaient distinctement sur la buée d'une fenêtre, les ondulations vibratoires.

Cette action si puissante de la vibration sur la circulation abdominale pendant l'appendicite (et l'on sait *de visu* quelle stase existe dans la circulation intestinale et péritonéale pendant les réactions inflammatoires de la séreuse abdominale) se traduit par les phénomènes suivants :

1° Augmentation de l'ampleur du pouls, qui est d'abord légèrement plus fréquent, puis considérablement ralenti.

2° Augmentation de la diurèse et de la respiration cutanée.

3° Sensation spéciale de soif, apparaissant au bout de dix minutes environ, expliquée par la décongestion de la muqueuse stomacale, bien avant l'apparition de la transpiration cutanée.

4° Blanchissement à distance des cicatrices abdominales, en relation avec les vaisseaux mésentériques alors qu'on exécute une vibration sous-hépatique si légère qu'elle ne peut exercer aucune compression anémiante sur la cicatrice.

5° Changement de volume et de sonorité du ventre.

Ce changement dans la circulation, qui est absolument évident, doit avoir la place principale dans l'explication des phénomènes produits, surtout en admettant la thèse de l'action des *anaérobies. Ceux-ci, en présence d'un sang fortement oxygéné, ne peuvent plus vivre et disparaissent. Les tissus exposés à leurs attaques deviennent plus résistants, et s'opposent à une destruction qui amènerait la perforation fatale.*

Y-t-il formation de pus, la phagocytose joue un rôle principal, d'innombrables armées de globules blancs parviennent sur le champ de bataille, les uns attaquent, dévorent, détruisent,

Digitized by Google

d'autres construisent des barrières de fausses membranes, qui arrêteront le débordement de l'ennemi. Nous savons déjà que le sang, par l'effet du massage et de la gymnastique, traverse les vaisseaux en quantité dix fois supérieure; *pendant la vibration cet effet est encore plus considérable.*

Puis tous ces ouvriers chargés des produits toxiques, sont amenés rapidement au foie et aux autres viscères. Ces produits leur sont enlevés, neutralisés, éliminés. La vibration n'a jamais la force de crever un abcès, tandis qu'elle favorise la défense de l'organisme par la formation rapide de fausses membranes épaisses, comme on peut s'en convaincre d'après la force avec laquelle le pus jaillit de l'abcès au moment de son incision. Jamais je n'ai pu constater la rupture de celui-ci dans l'intestin par mon massage, si on veut l'appeler ainsi, ni dans les appendicites, ni dans les nombreux phlegmons pelviens que j'ai eu l'occasion de traiter. L'augmentation de la circulation active bien quelquefois le mouvement intestinal, et amène souvent dès les premières séances une selle, mais jamais je n'y ai trouvé de pus; je n'y reviendrai du reste pas m'étant suffisamment expliqué à ce sujet. La vibration favorise naturellemeut aussi la circulation lymphatique et la résorbtion de l'infiltration inflammatoire, *cependant cette dernière ne suit que très lentement l'action antitoxique et la chute de la température.*

Enfin, en se fondant sur ce que nous savons de l'action des bons bacilles sur les mauvais, peut-être la pénétration du bacterium coli et du bacilus lactis aerogenes dans l'appendice, par le fait mécanique de la vibration, a-t-elle une action destructive sur les anaérobies, par le changement qu'elle peut provoquer dans le milieu de culture. On sait que l'accroissement des anaérobies stricts coïncide avec la diminution, voire même souvent avec la disparition, du bacterium coli et du bacilus-lacti aerogenes; Massol et Grigoroff rapportent dans leur mémoire que ce phénomène était constant d'après leurs observations; il leur parait probable qu'il y a entre lui et l'appendicite une relation de cause à effet. Le contraire peut être normalement vrai.

En résumé, étant donné que l'appendicite serait due à des lésions produites par des bacilles anaérobies amenant la nécrose et la putréfaction, attaquant des tissus mal nourris, où il y a stase dans la circulation sanguine pour une raison ou pour une autre, *les vibrations manuelles agiraient :*

Digitized by Google

1° *en améliorant la circulation sanguine de ces tissus, les rendant ainsi plus résistants, et en leur permettant d'opposer une barrière solide au progrès du mal,*

2° *en mettant un sang plus oxygéné en présence de bacilles anaérobies dont l'oxygène est la mort,*

3° *en favorisant le travail antitoxique et éliminatoire des viscères abdominaux chargés de ce travail,*

3° *en agissant sur l'état général du sujet.*

Technique des vibrations[1].

Le massage vibratoire manuel est un mouvement très spécial, difficile au début à bien « attraper », mais qui en lui-même n'a rien de très compliqué et devient presque automatique pour qui en a l'habitude ; on pourrait le comparer au mouvement produit dans la jambe, lorsqu'étant assis, on la fait trembler en appuyant le pied sur les orteils seulement ; on sait que ce mouvement, qu'exécutent parfois des personnes assises depuis longtemps, au théâtre par exemple, est très désagréable pour les voisins, ce qui veut dire que ce tremblement se communique par le plancher aux autres sièges, ou au banc sur lequel on est assis, sans qu'il y ait pour cela un effort considérable ni de fatigue chez celui qui le produit, souvent par distraction et pendant un temps assez prolongé.

Il faut évidemment pour bien savoir vibrer un certain entraînement, une certaine disposition d'esprit. Ce mouvement a été très cultivé par certains suédois, principalement par Kellgren, Lewin, Wide et leurs élèves ; il présente de grandes variétés dans son exécution et son application.

Pour en faciliter l'emploi, et pour le rendre plus « commercial », nombreux sont les médecins et les constructeurs qui ont cherché à remplacer la *vibration manuelle* par la *vibration mécanique.* Les instruments les plus ingénieux ont été construits dans ce but, depuis les appareils destinés à faire vibrer les osselets de l'oreille jusqu'aux grands appareils de Zander mus par des machines à vapeur. Liedbek, de Stockholm, a été un des premiers à construire et à employer son vibrateur mécanique transportable, avec arbre souple et « contacts » ou extré-

[1] Ce chapitre est extrait du IIe volume (en préparation) de l'ouvrage « le Ventre » de MM. M. Bourcart et F. Cautru. Paris, Alcan ; Genève, Kündig.

Digitized by Google

mités aussi ingénieuses que variées, pouvant s'adapter sur tous les points du corps, et faire vibrer les organes les plus divers. Nous même, l'avons perfectionné, rendu plus rapide en l'adaptant à un petit moteur électrique, et plus doux en transformant les contacts[1].

Mais aucun vibrateur n'a jamais pu atteindre les mêmes effets que la vibration manuelle, nous avons complètement abandonné l'emploi de ces instruments pour les affections qui nous intéressent ici ; la vibration manuelle est plus souple, plus douce, plus puissante, elle est intelligente, elle est vivante, — elle n'est pas mécanique.

On lui a reproché d'être extrêmement fatiguante pour l'opérateur, et d'être ainsi d'une application difficile et limitée. Je répondrai que, quand elle est bien faite, elle n'est pas fatiguante, tandis que la vibration mal faite, dite « par contracture », par tétanisation des muscles, paralyse le bras au bout de quelques instants.

Nous voyons les violonistes « donner du sentiment » à leurs cordes, en faisant très légèrement vibrer leurs doigts, au moment où ils appuyent sur le point où se trouve la note et n'en éprouver aucune fatigue spéciale, à condition il est vrai que les doigts et la main restent souples, sans quoi la sensibilité tactile s'émousse et le jeu devient dur ; pourquoi ne pourrions-nous pas faire vibrer aussi bien et aussi longtemps notre main qu'un bon violoniste fait vibrer la sienne, alors que cette main, qui s'appuie doucement sur le ventre, est dans une position moins défectueuse que celle qui tient le manche du violon?

Le mouvement de vibration est une sorte de tremblement très régulier, à direction antéro-postérieure, ou à direction bilatérale, ou une combinaison des deux directions, exécuté dans tous les muscles du bras, sans contraction énergique, ni tétanisation des muscles. Le bras tout en vibrant doit conserver sa souplesse, la délicatesse de son toucher, et pouvoir faire certains mouvements.

La *pression* exécutée pendant la vibration sur un point donné, peut être due à la musculature du bras dans une faible mesure, mais appartient surtout à la réglementation du poids du corps sur ce bras par les muscles du dos ; du reste en massage nous n'appuyons jamais, ou presque jamais, sur les parties

[1] Voir : Wide et Bourcart, Traité de gymnastique suédoise.

Digitized by Google

sous-jacentes à la main par l'effort des muscles de notre bras, mais par pression transmise à notre bras par les muscles du tronc et le poids de celui-ci..; c'est là tout le secret nécessaire à connaître pour ne point se fatiguer.

La vibration est donc une sorte de tremblement excessivement fin et pénétrant, exécuté dans tout le bras, de l'épaule à la main, sorte de mouvement « fibrillaire ».

La « bonne vibration » doit être sentie profondément par le patient et la main doit paraître immobile.

Un exemple de bonne vibration sera le suivant : Si l'on pose sur un guéridon, une coupe de cristal, pleine d'eau jusqu'aux bords, la main placée à plat sur la table à une certaine distance de la coupe, devra produire à la surface de l'eau des ondes concentriques partant des parois du verre et allant vers le centre, la masse liquide toute entière subissant un mouvement de vibration, pas une goutte ne débordant du vase, tandis que la vibration « mal faite », par tétanisation du bras, répandra rapidement l'eau sur la table, en provoquant des ondulations tumultueuses, des secousses en un mot.

Pour bien exécuter les vibrations sur un malade il faut plusieurs conditions :

1° Etre dans un état d'esprit calme, ne pas être nerveux, excité, ou avoir produit un effort un peu considérable, ou fait une marche un peu longue avec les bras pendants et congestionnés. Il faut être reposé.

2° Le médecin doit se placer autant que possible dans une position commode par rapport à son sujet, par exemple, pour les vibrations abdominales, être assis à côté de lui, dans une situation un peu élevée, le buste légèremement penché en avant, pour régler la pression par l'effort de retenue des muscles du dos, et n'avoir pas à supporter le poids de son bras, ce qui nécessiterait une contraction des muscles brachiaux.

3° Observer le silence, se concentrer dans son acte pour bien suivre la sensation tactile, car le bras vibrant doit pouvoir sentir, masser, diagnostiquer ; pour ne pas être distrait, il est même bon, sans forfanterie, de fermer les yeux, la vue est au bout des doigts.

4° Le malade doit observer le silence, ne répondre qu'aux questions qu'on lui pose, et se prêter autant que possible aux mouvements qu'on exécute sur lui, c'est-à-dire ne point se contracter, mais respirer calmement et librement quand il le peut.

Digitized by Google

A ce moment il se produit une sorte d'excitation, de frémissement dans tout le bras et surtout dans l'avant-bras, frémissement qui se transmet à la main ou à l'extrémité des doigts, si ceux-ci sont seuls en contact. De temps en temps il y a de très légers mouvements de flexion et d'extension dans le poignet, ou de petits mouvements d'enfoncement de la main pous-

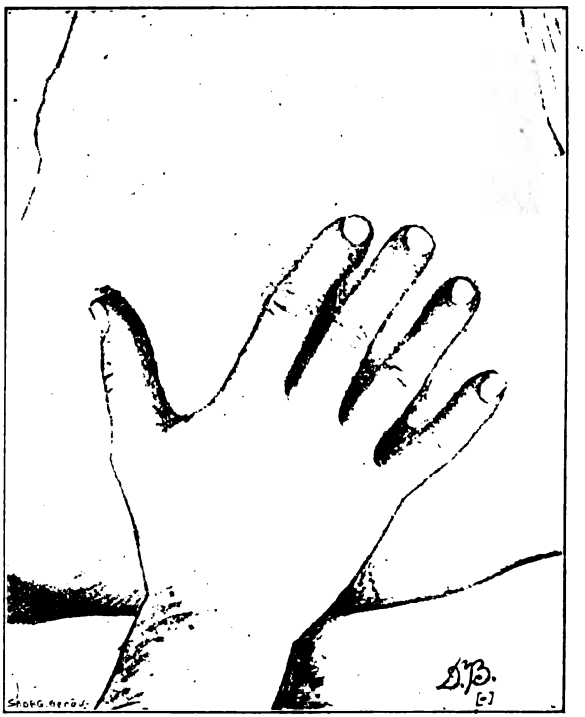


Fig. 11. — Vibration générale superficielle du ventre, la main très légèrement posée à plat, n'appuie guère que par le bout des doigts. Le bras est tendu, la vibration est générale et très fine.

sée en avant par le bras ; c'est une sorte de mouvement de reprise et de détente, mais le mouvement vibratoire se continue toujours à peine visible. Le malade, quand la vibration est fine et pénétrante, ressent comme une « sensation de courant électrique ».

Quand le mouvement devient plus fort, plus intense, les

Digitized by Google

vibrations sont alors facilement visibles sur la main ; en s'accentuant encore elles peuvent devenir des *trépidations*.

Le mouvement de vibration combiné à celui de massage, facilite celui-ci, en détendant les muscles et en assouplissant les tissus.

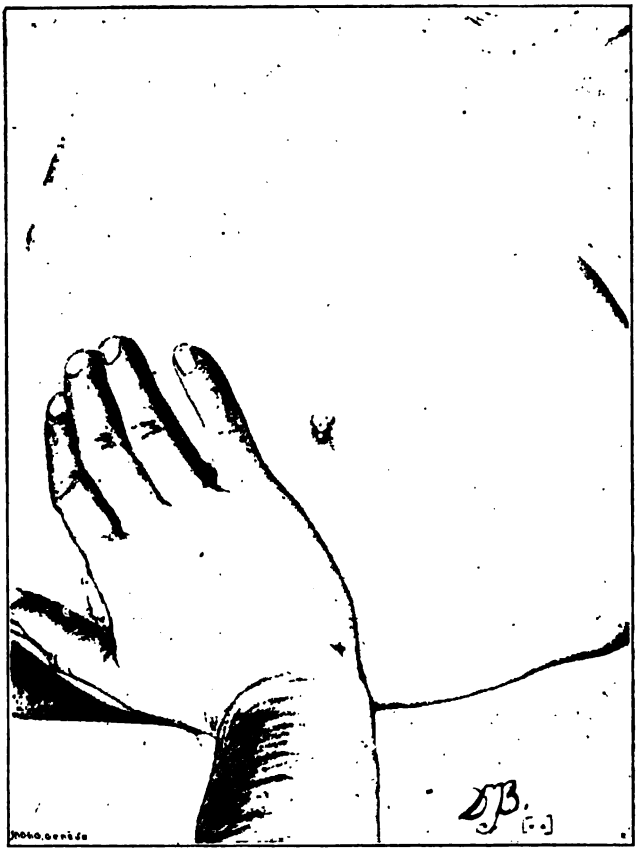


Fig. 12. — Vibration de la fosse iliaque droite par la paume de la main droite, très légèrement appliquée sur le ventre. Le bras est renversé, le coude en dehors ; la vibration est antéro-postérieure.

Le massage vibratoire doit toujours être commencé très doucement ; il peut être de plus en plus accentué, si cela est nécessaire, et il doit être terminé comme il a été commencé.

Digitized by Google

La vibration peut être exécutée sur la peau ; dans bien des cas la chose est préférable, la main prenant un contact plus intime, mais elle peut aussi avoir lieu à travers des habits et même un épais pansement.

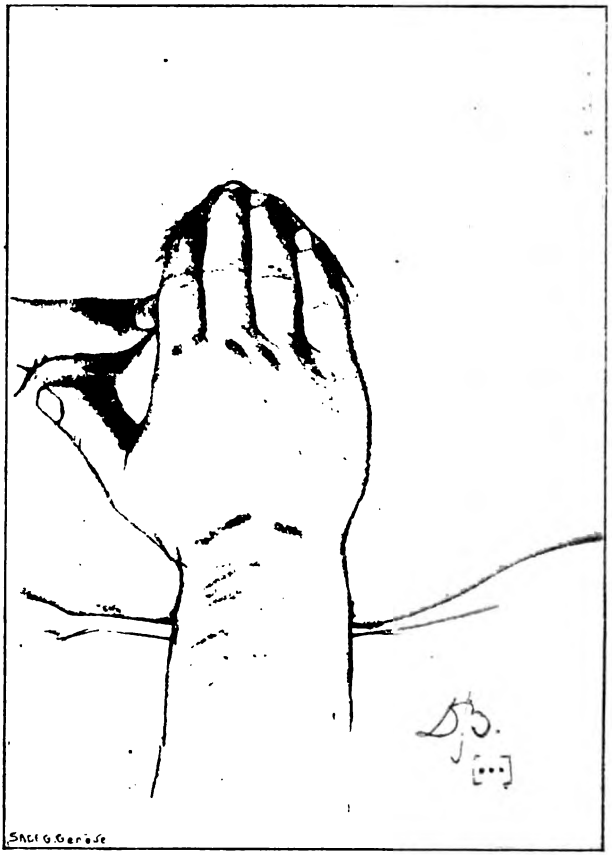


Fig. 13. — Vibration pyloro-sous hépatique. La main gauche soulève les fausses côtes depuis la région lombaire. La main droite est introduite légerement sous le rebord costal, les doigts sont assemblés, le pouce en dehors, le bras tendu ; la vibration est allongée et pénétrante. Pour exécuter la vibration sous-hépatique, la main regarde plus obliquement à droite.

La vibration est une véritable « onde » qui pénètre à volonté dans la profondeur, se transmet à tout le corps, souvent même, alors qu'elle est très fine, mais très intense, au lit du malade,

Digitized by Google

aux objets voisins et jusqu'au plancher de la chambre !

La vibration exécutée sur le devant de la poitrine, ou sur le ventre doit être perçue sous le dos en y appliquant la main.

Son action est mécanique et réflexe, générale et spéciale ; elle agit comme le massage dans certains cas, mais d'une façon plus énergique, plus complète, elle n'en est du reste qu'une

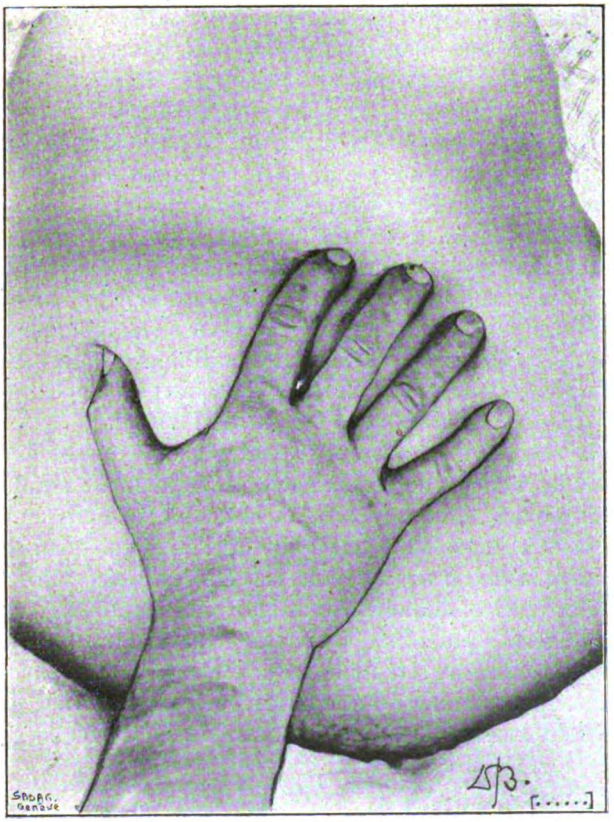


Fig. 14. — Vibration profonde. Toute la surface palmaire prend contact, l'appui est graduel, il s'effectue une légère saisie de la masse intestinale. Le bras est tendu. La vibration est antéro-postérieure et transversale.

variété ; elle peut être employée dans bien des cas où le massage, tel qu'on entend habituellement ce mot, ne pourrait être appliqué ; son champ d'application est extrêmement vaste, étant donné la variété et l'intensité de ses effets.

Digitized by Google

Manipulations spéciales de vibration. — Elles peuvent être aussi variées que complexes, la main n'étant qu'un *contact* destiné à être appliqué sur le malade, pour transmettre la vibration à l'organe qui nécessite cette manipulation.

La vibration peut être large ou ramenée sur un seul point, être profonde ou superficielle.

On exécutera des vibrations du *ventre*, de la *poitrine*, de la tête, comme des vibrations *sous-costales gauches*, *épigastriques*, *sous-costales droites*, *stomacales*, *pyloriques*, *coliques*, *hépatiques*, *rénales*, *vésicales*, *cardiaques*, etc., pour ne citer que quelques variétés. Il est inutile de les décrire ici en détail, chaque opérateur les exécutera de la manière qui lui est le plus convenable et qui répond au but à atteindre. Le bras peut varier dans sa position : il peut être souple, arrondi, ne subissant aucun effort, ou au contraire être tendu, allongé.

La position de la main est aussi variable : elle peut être posée à plat, les doigts arrondis ou écartés, agir par sa surface tout entière, ou seulement par le talon, ou ne s'appliquer sur la peau que par l'extrémité des doigts, ou d'un seul doigt, ou bien avec les doigts placés parallèlement, ou bien en opposition (le pouce d'un côté, l'index et le médius de l'autre).

En un mot, la main vibrante peut agir seule ou se combiner à toutes les variétés de « massage » généralement employées.

La durée des séances peut être très courte, comme elle peut être très étendue selon le but à obtenir ; elle peut être de *cinq minutes* ou d'*une heure et plus*, si celà est nécessaire, sans grande fatigue, et quand il y a fatigue, c'est plutôt par épuisement général que local, tout étant naturellement relatif ; l'homme si entraîné soit-il, n'est pas une machine, mais un opérateur peut donner autant de séances de vibration que de séances de massage ordinaire, ce qui n'a rien d'excessif.

Application du traitement

Ce serait le cas d'adapter ici l'ancien adage : *Cito, tuto et jucunde.*

Cito. Vite, très vite, car plus on agit vite, plus on enraye rapidement la maladie ; on ramène l'appendicite au froid, ce qui permet d'opérer au bout de peu de jours rapidement et sans attendre. Il faut se rappeler que l'appendicite aiguë est

Digitized by Google

comme un cheval qui prend le mors aux dents et peut bien parcourir une route plus ou moins longue, et s'arrêter de lui-même sans amener de graves accidents, mais peut aussi en provoquer parfois de mortels sur son chemin. Donc sautons immédiatement sur la bride et tâchons de ne pas nous laisser entraîner trop loin.

Cito, parce que la vibration est un moyen de diagnostic excellent. *S'il n'y a pas d'appendicite ou d'abcès abdominal pelvien*, **la température ne sera pas influencée**, il n'y aura que rarement une défervescence vespérale très marquée, surtout quand il y a augmentation très marquée de la température. Chez les enfants qui localisent si mal, le procédé a rendu des services très appréciés.

S'il y a déjà formation d'abcès au moment du début du traitement manuel, la courbe de température qui, momentanément abaissée, tend à se relever rapidement aussitôt qu'on abandonne son malade, nous indiquera la nécessité d'une intervention et la recherche d'un abcès dans la profondeur ; cet abcès que la palpation ne nous permettait peut-être pas de déceler, sera probablement alors solidement enkysté par des fausses membranes produites par des ouvriers bien nourris et continuellement changés grâce à une circulation plus active ; l'opération se fera dans ce cas sur un individu beaucoup plus résistant.

Cito, justement parce que l'individu s'affaiblit, *et s'intoxique vite*, et que, rapidement remis, il peut plus rapidement se nourrir, une fois le premier danger passé.

Cito, parce qu'il est plus facile de se rendre maître de l'appendicite au moment où le microbe commence à pulluler et parce que l'appendice doit être stérilisé avant que la gangrène ne s'attaque à ses parois profondes.

Cito, parce qu'avec de la prudence il n'y a pas de danger. Si le malade est atteint d'une autre autre affection que l'appendicite, même s'il y a rupture d'une grossesse extra-utérine, obstruction intestinale, colique hépatique ou néphrétique, nous ne ferons aucun mal, nous calmerons au contraire les douleurs et hâterons l'établissement d'un bon diagnostic.

Si la situation est très grave, *il est évident que l'intervention chirurgicale immédiate devra être pratiquée sur le champ, mais je veux simplement insister sur ce que, si la temporisation est décidée,* il est préférable de recourir à la vibration, qui relèvera les forces du malade, que d'attendre les bras croisés, ou de ne

Digitized by Google

prescrire que des moyens défectueux ou anodins, tels que l'opium ou la glace.

Tuto, sûrement ! oui à cause de tout, ce qui a été dit précédemment et parce qu'arrêtant presque toujours la maladie, si celle-ci a été prise au début, le massage vibratoire offre bien moins de danger dans son application que l'expectation ou même que l'intervention immédiate à chaud, pour certains cas mal déterminés. Avec l'expectation on ne sait pas où l'on va ; l'intervention immédiate est souvent mortelle. Le pronostic, si l'on adopte l'une ou l'autre de ces manières d'agir, ne peut être défavorablement influencé si on y joint le traitement vibratoire. **Celui-ci n'empêche pas l'intervention immédiate, si celle-ci est vraiment nécessaire.** L'état local et l'état général en deviennent au contraire meilleurs, quel que soit le moment où le traitement est commencé.

Je ne parle que des cas aigus ; pour les cas anciens et froids la discussion ne se pose même pas ; il y a longtemps qu'on connait les effets remarquables du massage vibratoire qui met les malades à l'abri des rechutes. Chez ceux qui ont été soignés à froid pour d'anciennes appendicites, je n'ai pas eu de récidives depuis trois ans que j'applique cette méthode, et bien que je conseille *toujours* l'opération, une fois toute poussée aiguë arrêtée, le rétablissement est si complet que bien des malades ont refusé l'intervention sans avoir eu jusqu'ici à s'en repentir.

Jucunde, par ce fait que la joie du médecin doit être égale à celle de son client, quand il parvient à le mettre en situation d'être opéré rapidement dans d'exellentes conditions *sans de longues semaines d'attente*, lorsque le foyer est tout à fait refroidi, ou en tous cas dans de meilleures conditions qu'autrefois, quand il y a collection, parce celle-ci est plus solidement enkystée et que le sujet est plus résistant, ou enfin parce que le malade peut guérir sans opération, ceci pour ceux qui, hostiles à l'intervention sanglante radicale, sont encore malheureusement trop nombreux.

Ces considérations sont peut-être trop optimistes, cependant depuis mes dernières communications en 1904, rien n'est venu me contredire ; l'application demanderait, il est vrai, à être plus étendue.

Mais, dit-on, ces vibrations sont trop difficiles à exécuter et à apprendre, c'est un tour de main personnel, peut-être très fatigant. C'est une erreur ; un chirurgien refuse-t-il une belle opé-

Digitized by Google

ration, parce qu'elle sera longue, trop difficile trop fatigante? Non, évidemment, il suffit d'apprendre et de savoir la faire, il en est de même pour les vibrations manuelles. Comme je l'ai dit plus haut, je *m'oppose à l'emploi des vibrations mécaniques,* parce que je les crois nuisibles, soit directement, soit aussi parce qu'elles peuvent, comme l'a été l'électricité, tomber dans des mains non chirurgicales et provoquer des accidents graves, qu'on imputerait à la méthode.

Pourquoi l'appendice est-il plus sujet que d'autres parties de l'intestin à être attaqué? Justement par sa situation spéciale par rapport au cæcum et à l'intestin. Les troubles de sa circulation y sont facilement provoqués soit par les effets de l'accumulation de matières dans le cæcum, soit par son écrasement au dessous de cet organe quand il est plein, soit par son peu de résistance aux irritations internes, qu'elles viennent de corps vivants ou de corps étrangers.

La disposition des vaisseaux sanguins dans l'appendice, qui en somme est un corps rudimentaire, joue un rôle important dans les troubles de sa circulation ; cette thèse a été largement admise et défendue par van Cott, Towler, Lanz, Meisel et d'autres; je n'insisterai pas sur leurs travaux forts intéressants ; Sonnenburg, dont la monographie est très complète, trouve que, dans la plupart des cas, l'alimentation sanguine de l'appendice est très défectueuse, les anastomoses y sont insuffisantes, surtout quand les arcades vasculaires sont courtes à la base de l'organe et ne se continuent pas, le méso-appendice n'atteignant pas à l'extrémité de l'appendice; les déplacements, torsions, compressions de celui-ci y amèneront ainsi bien plus facilement des troubles de circulation que dans d'autres parties de l'intestin mieux irriguées.

Existe-t-il des contre-indications au traitement vibratoire?

Il est évident que dans certains cas désespérés ou très graves, l'intervention chirurgicale immédiate s'imposera toujours, c'est une question de doigté, et si le traitement par les vibrations manuelles n'a pas complètement réussi dans un ou deux cas, il ne faut pas pour cela lui jeter la pierre ou l'accuser de tous méfaits. Ce traitement devrait par son innocuité et sa facilité d'application, être un traitement de début; il est bien plus puissant que la glace, les sangsues, les cataplasmes, et *tutti*

Digitized by Google

quanti, qui nous font perdre un temps précieux et n'agissent que localement. J'irai même plus loin en disant que nous nous sommes toujours bien trouvé de la suppression de la vessie de glace ou du cataplasme opiacé. Je ne parle pas des autres applications de la méthode (comme dans l'obstruction intestinale aiguë, où tous les cas que nous avons traités jusqu'ici, soit une douzaine, ont guéri en une ou deux séances). Nous ne donnons ni opium, ni belladone, le seul adjuvant est la diète hydrique absolue, encore ne la continuons-nous que le temps strictement nécessaire ; après 48 heures de défervescence, nous commençons l'alimentation liquide, surtout s'il y a eu crise typique de défervescence.

Dans l'*appendicite tuberculeuse,* il n'est pas toujours facile de répartir les attributions des différents facteurs de l'appendicite, le diagnostic n'en est pas toujours fait à l'avance, mais cela ne change rien au traitement qui lutte avantageusement contre les dangers de l'infection et de la perforation. Il nous a été nettement donné de le constater chez un tuberculeux avéré, atteint d'appendicite, pour lequel le massage a été une remarquable préparation à l'intervention. Cette affection est du reste relativement assez rare.

On a voulu attribuer au hasard la défervescence brusque à la suite d'une seule intervention, ainsi chez le militaire de St-Maurice (voir p. 524), mais dans la plupart des cas typiques d'appendicite ou de suppuration pelvienne, traités par les vibrations manuelles, la température descend rapidement dès la première intervention — jamais le jour avant ! — et c'est justement ce qui fait l'originalité de la méthode. Quand l'intoxication avec température élevée, pouls rapide, sueurs froides, langue sèche, etc. est maitrisée, la température descend brusquement, signalant par là la cessation de l'infection par les anaérobies. La température peut remonter ensuite, lorsqu'il se forme un abcès, par exemple, mais le tableau est alors très différent.

En terminant, je répète que nous sommes encore en face d'un traitement au début de son développement, mais qui demande à être étendu ; les *explications* scientifiques que nous avons données de ses effets, effets qui peuvent être comparés comme résultats à ceux de la crise de la pneumonie aiguë et peuvent être obtenus même en une seule séance comme chez le malade de l'hôpital de St-Maurice, ces explications, dis-je,

Digitized by Google

ne sont peut-être pas absolument exactes, mais les effets existent réellement, et ne sont le résultat ni du hasard, ni du fait que l'on ne *donne plus à manger de saletés à ses malades* (comme le disait dernièrement un éminent confrère), car il y a eu des défervescences étonnantes chez des malades qui ne mangeaient rien depuis plusieurs jours, ni à *la rupture d'un abcès* dans l'intestin, car cet incident ne donne pas un tableau morbide comparable à celui que présentent ceux qui ont été vibrés ; chez eux presque toutes, si ce n'est toutes les selles ont été observées à ce point de vue, avec un résultat négatif. L'action du massage vibratoire est donc nettement définie, soit par son action générale luttant contre l'intoxication de l'individu, soit par son action locale enrayant les progrès du mal et facilitant la défense de l'organisme.

Comme nous l'avons dit, les brusques défervescences, et surtout les intéressantes défervescences vespérales, les crises favorables, ne s'observent pas seulement dans les appendicites, mais encore dans bien d'autres affections abdominales inflammatoires, où l'on ne peut cependant vraisemblablement pas accuser le hasard ou tout autre facteur (ainsi dans les cellulites pelviennes, les salpingites, les hématocèles suppurées, les abcès pararectaux très étendus, etc.) L'action si puissante des vibrations a été prouvée par l'expérience quotidienne dans l'*entérite chronique*, et surtout dans l'*entéro-colite muco membraneuse*, dont l'origine doit être attribuée aux mêmes causes que celle de l'appendicite, c'est à dire à des *troubles de circulation compliqués d'infection par des anaérobies*. Les malades atteints de cette affection présentent de *curieuses défervescences vespérales* et un retour très rapide à la santé, surtout les enfants. Ces cas sont tous actuellement très nombreux.

Quant aux essais malheureux de quelques confrères, je ne puis y attacher encore une grande importance, l'application détaillée de ma méthode n'ayant pas encore été publiée, car j'ai tenu avant tout à avoir auparavant des documents sérieux contrôlés par des confrères, et des explications scientifiques à fournir.

On m'a objecté le danger de la méthode ; j'ai déjà dit plus haut qu'il n'existera pas, **si le traitement reste strictement dans les mains du chirurgien**, qui saura d'une main exécuter ses vibrations tout en tenant de l'autre son bistouri bien affilé.

Digitized by Google

Recherches expérimentales sur la répartition des leucocytes dans le sang du cœur et des vaisseaux périphériques au cours des leucocytoses et leucopénies. Tuberculines et leucocytoses.

Par René Guillermin

(Travail de l'Institut pathologique de Genève, Prof. Askanazy).

I. — Les Leucocytoses

Généralités

Le sang de l'homme, comme celui de laplupart des animaux, renferme un nombre de globules rouges assez constant. Il est à remarquer que pour les globules blancs il existe des variations individuelles d'une certaine importance ; l'homme, le lapin, le cobaye, comme individus réputés normaux, peuvent donner quelques milliers de leucocytes en plus ou en moins, et en fixant le taux normal de leucocytes pour une espèce donnée, on est obligé de laisser une limite, et de dire par exemple que normalement l'homme a 6.000 à 10.000 leucocytes par mm. cube de sang, le lapin, 4.000 à 8.000 environ.

Le nombre des globules rouges est à peu près constant pour une même altitude, parce que les conditions climatologiques ne nécessitent pas un changement numérique. Il n'en est pas de même pour les globules blancs, car leur nombre peut subir des variations considérables dans l'espace de 24 heures sous des influences très diverses.

Les globules blancs, comme on le sait, sont bien loin d'être tous identiques ; on les divise en classes distinctes, d'après leurs affinités chimiques, leur morphologie.

C'est Ehrlich qui a commencé à différencier méthodiquement leucocytes et leucocytes, et à en rechercher les différentes histogenèses.

Certaines granulations des leucocytes se colorent par les réactifs *neutres,* les neutrophiles ; les autres par les réactifs *acides* (acide picrique, éosine), les acidophiles ; les autres par les réactifs *basiques* (violet de méthyle, vert de méthyle), les basophiles.

Ces colorants sont des substances chimiques qui se combinent avec les différentes parties des tissus, selon les lois de l'affinité. Les couleurs basiques se combinent avec les tissus à réaction

Digitized by Google

acide. La substance nucléaire serait de réaction acide; le noyau se colorera donc par les alcalins et sera « basophile ». L'albumine du protoplasma serait alcaline et sera donc « acidophile ». Askanazy a démontré que les cellules jeunes sont basophiles.

Dans certains leucocytes, il y a du protoplasma basophile, dans d'autres du neutrophile. Avec le colorant triacide d'Ehrlich, les noyaux se colorent en bleu verdâtre, les acidophiles en rouge, les neutrophiles en violet.

Chez l'homme on distingue les globules blancs en mononucléaires et polynucléaires.

Les *mononucléaires* sont :

1°, les *lymphocytes,* du volume d'un globule rouge, rarement plus grands ; leur noyau est circulaire, à contour net, et occupe la plus grande partie de la cellule. Il se colore à sec uniformément avec tous les colorants nucléaires, d'autant plus foncé qu'il est plus petit. Dans le noyau des lymphocytes on peut souvent voir une ou deux taches claires (corpuscules nucléaires). Leur protoplasma est basophile et était considéré comme dépourvu de granulations. Ils forment chez l'homme environ le 25 % des leucocytes. La question de savoir si les lymphocytes ont ou n'ont pas de mouvements amœboïdes a été et est encore très discutée. Ehrlich les considère comme immobiles. Grawitz, Ranvier considèrent comme indiscutable leur locomotion active. Askanazy dit que depuis Ranvier les mouvements actifs des lymphocytes ont été observés à maintes reprises sous le microscope. Il l'a démontré dans un travail récent[1]. Benda admet que les lymphocytes sortent de leur lieu de production par mouvements actifs et gagnent le courant lymphatique. Wolf, Senator, Baumgartner, Pappenheim acceptent comme une certitude qu'il existe une lymphocytose active qui s'observe surtout dans les produits inflammatoires de la néphrite et de la pleurésie tuberculeuse. La transformation des lymphocytes en polynucléaires n'a jamais été observée. Benda prétendait l'avoir constatée dans les abcès au milieu des lymphomes du rein ; cette opinion paraît inadmissible à Ehrlich; même dans la lymphémie au plus haut degré, la suppuration est constamment polynucléaire.

2°, les *grands mononucléaires* qui constituent le 1 % des leucocytes, avec un noyau excentrique dans un protoplasma abondant et légèrement basophile. Pas de granulations.

Les *polynucléaires* ont des mouvements amœboïdes distincts et des granulations protoplasmiques. On les divise en :

[1] *Centralblatt für allg. Pathologie*, 1905.

Digitized by Google

1) *neutrophiles* qui ont quelquefois (rarement) un seul noyau; ils forment le 70 % des leucocytes et la plus grande partie des cellules du pus dans les suppurations. Leur noyau a souvent la forme de SYEZ.

2) *éosinophiles*, grands, avec des granulations grossières, formant le 4 à 8 % des leucocytes.

Les leucocytes *basophiles* ou *Mastzellen*, sont très rares dans le sang humain normal, et leurs granulations protoplasmiques ne sont pas colorées par le triacide de Ehrlich, 0,5 %.

Les *formes intermédiaires* (*Uebergangsformen*) ont un noyau unique échancré en bissac. Pour certains auteurs elles représentent la transformation des mononucléaires en polynucléaires.

Dans le sang du lapin, on ne trouve pas de grands mononucléaires. Il existe des cellules pseudoéosinophiles qu'on ne peut pas toujours distinguer des vraies éosinophiles. Les Mastzellen sont chez le lapin un peu plus nombreux que chez l'homme et constituent 1 % environ des leucocytes.

Le lapin réagit souvent par des éosinophiles là où l'homme réagit par des neutrophiles.

La question de l'origine des divers leucocytes donne lieu à de nombreuses controverses. Il semble maintenant que la majorité des auteurs reconnaissent que la moelle osseuse est la source des éosinophiles et des neutrophiles ainsi que des grands mononucléaires, tandis que les lymphocytes viendraient des ganglions lymphatiques, mais cette question est encore très discutée. De nouvelles expériences diront s'il existe entre les lymphocytes et les leucocytes granulés des différences marquées au point de vue de leur localisation, de leurs fonctions et de leur histogénèse (Askanazy).

La signification de la différenciation par les couleurs correspond à des particularités biologiques. Sous l'influence irritante de certaines substances pathologiques, les neutrophiles seuls se multiplient; avec d'autres substances, ce sont les acidophiles. De plus, les différentes cellules appartiennent peut-être à différentes séries de développement.

Définitions

La *leucocytose* consiste en une augmentation du nombre des globules blancs qui entrent dans la constitution du sang normal (Levaditi).

Digitized by Google

Toute augmentation du nombre des leucocytes qui ne dépend pas de la leucémie (ou leucocytémie) prend l'appellation de leucocytose ; on doit distinguer une leucocytose permanente et une leucocytose passagère, abstraction faite des leucocytoses physiologiques et thérapeutiques (Gilbert).

La leucocytose consiste en l'apport actif d'un nombre exagéré de leucocytes, qui proviennent de la réserve normale ou accrue des organes hématopoiétiques. Elle est l'expression d'une réaction à but déterminé, réaction le plus souvent provoquée par des irritations chimiotactiques dont elle constitue un phénomène secondaire et symptomatique (Askanazy).

Chez l'homme on considère le nombre des leucocytes comme accru, s'il dépasse 10.000 par mm. cube.

La leucocytose n'est point une maladie, mais un symptôme commun à beaucoup d'états pathologiques ou physiologiques. Il y a une leucocytose physiologique qui donne jusqu'à 20.000 leucocytes au mm. cube après un repas copieux en albuminoïdes, après un surmenage physique, après un bain froid, pendant la grossesse ou plus exactement pendant l'accouchement. Dans tous ces cas, l'augmentation du nombre des leucocytes porte en général sur toutes les espèces, qui gardent entre elles leur rapport normal. La leucocytose digestive a été étudiée par Gregor. Hirt, Moleschott, Halla, Reinert, Burnan et Schur, Japha. Pendant sa durée, le nombre des globules rouges n'est pas augmenté (Schwinge) ; c'est donc une véritable leucocytose, et non, comme on l'a prétendu, un simple appauvrissement du sang en liquides pour la sécrétion des sucs digestifs. Löwit explique la leucocytose digestive par la leucolyse provoquée par la résorption de peptones.

Dans les leucocytoses pathologiques, c'est en général une seule espèce qui est en augmentation, tandis que les autres restent stationnaires. Dans la plupart des, cas ce sont les polynucléaires, surtout les neutrophiles, qui font les frais des leucocytoses. Cependant nous verrons aussi des états pathologiques qui s'accompagnent d'éosinophilie. Il semble que les produits végétaux, les bactéries et leurs toxines attirent de préférence et en grand nombre, les neutrophiles, tandis que les parasites animaux provoquent volontiers une éosinophilie restreinte.

Ehrlich distingue les leucocytoses en :

a) *active* dans laquelle les leucocytes à mouvements amœboïdes quittent leurs organes générateurs pour entrer d'une manière active dans le sang.

Digitized by Google

b) *passive* due à l'augmentation du nombre des leucocytes dépourvus de mouvements (lymphocytes). Nous avons vu plus haut que l'assertion de Ehrlich au sujet de l'immobilité des lymphocytes est contestée par la plupart des auteurs.

On trouve de la leucocytose dans la plupart des intoxications et des infections, par exemple, dans l'empoisonnement par le chlorate de potasse, l'acide arsénieux, les dérivés du benzol, après injection sous-cutanée d'albumoses, dans les cachexies cancéreuses, dans la pneumonie, la diphtérie (leucocytose spécifique), la septicémie, le rhumatisme articulaire. On a trouvé fréquemment une augmentation des leucocytes dans le sang dans des cas de purpura (Denys), ainsi que dans le morbus maculosus, le scorbut (Denys, Zimmermann): leucocytose éosinophilique.

Jacob a étudié deux cas mortels tout-à-fait analogues d'intoxication par le chlorate de potasse; dans l'un, il trouva une forte hyperleucocytose de polynucléaires neutrophiles, dans l'autre, une leucocytose à peine marquée. Les observations actuelles ne permettent donc pas encore d'établir une loi sur la manière de se comporter des globules blancs.

Dans la chlorose, l'anémie grave, on peut trouver un grand nombre d'éosinophiles dans le sang (Canon, Kantback, Zappert); il existe aussi une leucocytose dans les néoplasies sarcomateuses et carcinomateuses.

La leucocytose des suppurations diminue subitement par l'évacuation du pus.

La leucocytose accompagne la pneumonie, la méningite tuberculeuse, la pneumonie tuberculeuse, la grippe, etc. à une phase de leur évolution.

La leucocytose éosinophilique s'observe dans l'asthme bronchique, le pemphigus, la trichinose, avec le taenia, les ascarides, l'ankylostome. Dans la trichinose l'éosinophilie est quelquefois si accentuée qu'elle peut conduire le médecin au diagnostic.

Leichtenstern traitait une patiente atteinte d'anémie grave par ankylostomes; elle avait réagi par une forte poussée d'éosinophiles; l'éosinophilie (12 °/o) persista longtemps après la disparition des vers. L'appareil éosinophilique s'était vraisemblablement hypertrophié par une excitation prolongée, qui durait plus que l'excitant lui-même.

La *lymphocytose* (leucocytose passive d'Ehrlich) est rare; on la trouve dans les gastrites et entérites des nourrissons, la coqueluche, le rachitisme, après injection de pilocarpine, de tuberculine (Klemperer, Fauconnet).

Digitized by Google

Buchner ayant injecté une solution au 8 °/₀ de protéine de Pyocyaneus, les leucocytes devinrent sept fois plus nombreux.

Borissow a expérimenté diverses cultures microbiennes; toutes ont exercé un fort pouvoir chimiotactique positif sur le chien, sauf celle du bacille de la tuberculose.

Studer constate que la toxine typhique provoque une légère leucopénie suivie d'une leucocytose très nette chez le lapin. Dans la fièvre typhoïde sans complication, les neutrophiles polynucléaires sont souvent diminués, jamais augmentés. La leucocytose manque dans la morve et la rougeole.

Dans la pseudoleucémie, les lymphocytes *seuls* sont en augmentation. Le nombre global des globules blancs n'est pas accru, la diminution porte surtout sur les polynucléaires. La leucémie est une déviation qualitative de la reproduction leucocytaire; c'est une espèce de leucocytose spécifique et pathognomonique.

Pour ce qui est du but de la leucocytose, nous savons qu'elle est en rapport étroit avec la défense de l'organisme, et liée à l'immunité. Certaines cellules fixes des tissus sont phagocytes; les leucocytes (comme les protozoaires) sont des phagocytes constamment mobiles; c'est pourquoi ils peuvent se frayer un chemin partout pour purifier le sang et les organes mécaniquement et chimiquement.

Les différentes théories de la leucocytose.

Pour ce chapitre nous empruntons beaucoup à Levaditi, qui fait un résumé très clair de ces diverses théories.

Théorie de Virchow. — Le premier, Virchow pense que les variations numériques des globules blancs sont en rapport avec l'état des organes hématopoiétiques. La leucocytose serait une conséquence de l'excitation des ganglions lymphatiques. Virchow considère donc que la leucocytose. quelle que soit sa nature, est due à un trouble dans l'activité des ganglions, source des lymphocytes. Halla partage cette opinion. Brücke a démontre que les leucocytes sont plus nombreux dans les vaisseaux efférents des ganglions lymphatiques que dans leurs vaisseaux afférents. Les ganglions lymphatiques sont des dépôts cellulaires dont la force de production se règle suivant les besoins du sang. Des observations récentes tendraient à ramener à cette théorie; Naegeli l'a démontré pour le typhus abdominal: en l'absence

Digitized by Google

d'une leucocytose polynucléaire, une lymphocytose se développe progressivement avec fluxion des follicules de l'intestin et des ganglions mésentériques ; Askanazy nie cette opinion. Becker a observé des lymphocytoses relatives dans des maladies très diverses s'accompagnant d'engorgement ganglionnaire : rougeole, syphilis secondaire ; ces faits sont confirmés par Gravitz.

Théorie de Schur et Löwy. — Ces auteurs refusent au tissu myéloïde tout rôle dans la genèse de la leucocytose; ils s'appuyent sur ce fait que dans certains cas il n'y a aucun parallèlisme entre l'état du sang et les réactions de la moelle osseuse. La leucocytose serait due à ce que les leucocytes qui naissent dans les foyers inflammatoires pénètrent en grand nombre dans le sang et augmentent sa teneur en globules blancs. Schur et Löwy pensent (avec Arnold et Weiss) que les éléments leucocytaires sortis des vaisseaux et répandus dans les tissus sont encore capables de se multiplier au sein des tissus. C'est la théorie *localistique* (Grawitz) de la leucocytose : la production des leucocytes dans les processus irritants n'aurait pas lieu dans la moelle, mais dans les tissus les plus divers. Les observations de A. Schmidt et Leyden, de Hofmeister, Pahl, Mandibur, ont confirmé que l'inflammation active des tissus peut provoquer la formation de leucocytes. Ce ne serait donc pas seulement le sang, la moelle, les ganglions, qu'il faudrait étudier pour élucider la question des leucocytoses, mais aussi les leucocytes et les tissus multiples dont ils peuvent dériver. Levaditi combat absolument cette manière de voir : si certaines leucocytoses, dit-il, s'accompagnent de lésions locales, un assez grand nombre apparaissent et évoluent sans qu'on puisse déceler la moindre inflammation.

Théorie de Büchner et Römer. — Ils ont remarqué que pendant la leucocytose engendrée par les protéines microbiennes, les leucocytes du sang se disposent en amas; ils pensent que ces amas représentent des colonies de leucocytes de nouvelle formation. Ils considèrent que le processus de formation des nouveaux globules s'opère dans le courant sanguin. Metschnikoff et Bezredeka voient dans ces amas des phénomènes d'agglutination absolument indépendants d'une nouvelle formation de globules. Goldscheider et Jacob les considèrent comme des thrombus leucocytaires.

Théorie de Schmidt. — Il prétend que l'endothélium vascu-

Digitized by Google

laire donne naissance à des globules blancs. Il dit que les muqueuses pourraient aussi produire des éosinophiles qui gagneraient la circulation. Marchand fait venir des cellules leucocytoïdes de l'adventice.

Théorie chimiotactique. — L'étude de la leucocytose, associée à celle de l'émigration des leucocytes par Cohnheim, a fait un grand pas avec la découverte des propriétés chimiotactiques qu'exercent certaines substances sur les animaux inférieurs.

Ehrlich admet que dans beaucoup de maladies, surtout infectieuses, des substances à action chimiotactique circulent dans le sang ; elles attirent d'abord les neutrophiles polynucléaires entassés dans la moelle osseuse, si bien qu'une véritable « inondation » de leucocytes se produit quelques instants après l'introduction de ces substances. Cette conception est très plausible, car il y a toujours une grosse réserve de neutrophiles dans la moelle, et dans la majorité des leucocytoses, les polynucléaires sont augmentés.

Werigo et Jegunow ont compté les leucocytes dans le sang des veines et des os, et ont constaté une augmentation surtout des polynucléaires après injection de substances irritantes. Muir a trouvé dans la moelle osseuse une multiplication des mononucléaires par mitose et une diminution des formes mûres par évacuation exagérée. On doit considérer la moelle osseuse et les organes hématopoiétiques en général, comme des réserves de globules blancs ; leur production peut être constante, mais ils ne livrent à la circulation que les cellules dont le sang a besoin.

Théorie de Rieder et Schulz. — Rieder soutint que l'augmentation absolue des globules blancs est insignifiante, mais qu'il y a répartition anormale dans les vaisseaux en faveur de la périphérie. Schulz partage cette opinion. Becker a examiné en même temps le sang des veines et des capillaires, et a trouvé que la leucocytose provoquée par le froid n'est qu'une *pseudo-leucocytose* qui repose sur une accumulation marginale des leucocytes dans les capillaires. Ces leucocytoses passagères ne sont qu' « apparentes ». Werigo trouve que les leucocytes sont d'abord refoulés dans les organes internes ; foie, poumons, rate, où les substances étrangères sont détruites. Goldscheider et Jacob injectent des substances irritantes dans les veines ; ils constatent que les leucocytes ne sont pas détruits, mais qu'ils sont retenus dans les capillaires d'organes centraux (poumons),

Digitized by Google

pendant que d'autres leucocytes sont attirés vers le torrent sanguin, venant de la moelle surtout, par les substances qui circulent dans le torrent lymphatique. Ewing trouve aussi après injection de produits microbiens une hypoleucocytose primitive avec entassement dans le poumon et le foie. Kampmann constate que 24 heures après l'ingestion de digitaline le lapin présente une leucocytose périphérique avec diminution du nombre des leucocytes dans le cœur; il attribue ce phénomène à l'action de la digitale sur la circulation. Nous même, dans les expériences que nous allons exposer, nous avons constaté que les leucocytes refoulés des vaisseaux périphériques se réfugient en partie dans le sang du cœur, sans quitter l'appareil circulatoire. Nous avons constaté en outre que souvent le début de la leucocytose périphérique n'est qu'un accaparement des globules contenus dans le sang et attirés des parties centrales de la circulation. Comme Rieder et Schulz, nous pensons que de légères leucocytoses peuvent fort bien n'être qu'« apparentes », et provenir d'un rapport interverti entre les leucocytes des vaisseaux centraux et ceux de la périphérie; mais dès que le nombre des leucocytes est considérablement augmenté, dès que les proportions de ses divers éléments constitutifs ont subi des modifications profondes, il faut faire intervenir d'autres causes; l'on ne peut nier une invasion par des cellules qui primitive ment n'étaient pas lancées dans la circulation.

II. — Expériences personnelles

Au début, et sur les conseils du Dr Minnich, nous avions l'intention d'étudier expérimentalement l'influence de la tuberculine Denys sur la formule leucocytaire. Sur ces entrefaites parut à Genève une thèse du Dr Kampmann (service du Prof. Bard) sur la leucocytose digitalique où la leucocytose était étudiée simultanément dans le sang du cœur et de la périphérie. Les résultats ainsi obtenus nous ont paru très intéressants et nous ont décidé à étudier aussi l'influence de la tuberculine simultanément pour la périphérie et pour le cœur; nous nous sommes livré à ces recherches sous la direction et dans le laboratoire du Prof. Askanazy, à l'Institut pathologique de Genève. Nous avons comparé ensuite les résultats obtenus par la tuber-

Digitized by Google

culine avec ceux obtenus par le nucléinate de soude dont l'action leucocytosique a déjà été étudiée (Miyake). Enfin nous avons expérimenté deux fois aussi la vieille tuberculine de Koch. Toutes nos expériences portent sur des *lapins sains*. Nous n'avons pas eu le temps de poursuivre nos expériences avec la tuberculine Denys sur des animaux tuberculeux, nous en ferons l'objet d'un prochain travail.

Nous avons pris du sang :

1° à l'*oreille*, dans la veine maginale, par simple piqûre.

2° dans le *cœur* par ponction, avec une seringue de Pravaz.

La ponction du cœur a quelquefois provoqué des accidents, et nous avons perdu ainsi plusieurs lapins par hémorragie dans le péricarde. Au début nous avons employé une aiguille d'un calibre trop fort. Ensuite avec une aiguille fine, nous avons eu à la première ponction deux décès, que nous nous sommes sommes mal expliqué. Certains lapins ont parfaitement supporté 11 et 13 ponctions cardiaques, d'autres ont succombé très rapidement.

Nicolle et Ducloux indiquent une bonne technique pour ces ponctions ; ils piquent dans le troisième espace intercostal gauche, à trois millimètres du bord sternal. Ils ont réussi à faire quatorze plaies cardiaques en 35 jours sans accident. Nous sommes arrivés à treize, mais en 5 jours.

Nous avons ponctionné de préférence le ventricule gauche.

Le sang pris dans l'oreille comme dans le cœur était immédiatement (sans manipulations préalables) aspiré dans la pipette de Zeiss et dilué au 1/100 dans l'acide acétique au 1/3 % additionné de quelques gouttes d'hématoxiline. Numération au Thomas-Zeiss, en comptant 900 carrés. Chaque prise de sang était aussi utilisée pour faire 5 ou 6 frottis. La technique est assez difficile pour ne pas déformer les leucocytes. Ces frottis étaient séchés à l'air pendant une demi heure, puis fixés dans l'alcool et colorés au « Giemsa » pendant une demi heure, lavés et montés au baume de Canada. On obtient ainsi de fort jolies préparations dans lesquelles

les érythrocytes sont colorés en rouge-cuivre,
le noyau en violet-rouge,
le protoplasma en bleu-azur,
les granulations neutrophiles en violet,
» éosinophiles en rose,
» pseudo-éosinophiles en rose.

Digitized by Google

Avec ces préparations, rien n'est plus simple que de faire le rapport % des diverses espèces de leucocytes sur 500 cellules que nous rangerons dans les catégories suivantes :

Pseudoéosinophiles, Lymphocytes, Formes intermédiaires, Mastzellen.

Les pseudoéosinophiles renferment les polynucléaires neutrophiles, éosinophiles et pseudoéosinophiles, qui chez le lapin ne peuvent pas toujours être différenciés.

Les formes intermédiaires comprennent les mononucléaires à noyau échancré en bissac. Il est à remarquer que cette catégorie de cellules augmente au cours de fortes leucocytoses polynucléaires, fait déjà constaté par Fauconnet. Faut-il y voir une forme de passage des mononucléaires aux polynucléaires? C'est une question que nous n'essayerons pas de trancher.

Normalement chez le lapin, on trouve les chiffres suivants :

Nombre total des leucocytes 4000 à 8000 environ.

Pseudoéosinophiles	55 à 60 %	environ.
Lymphocytes	38 à 40 %	»
Formes intermédiaires	1 %	»
Mastzellen .	1 %	»

Normalement nous avons *toujours rencontré un nombre de leucocytes plus grand dans le sang périphérique que dans le sang du cœur*. Nous trouvons à ce fait deux explications :

1° Helmholtz et Schklavewski ont établi expérimentalement que dans un tuyau des corpuscules légers tendent à sortir du courant et à s'arrêter aux parois lorsque l'on ralentit la vitesse du liquide. Or, en général, le courant sanguin est plus rapide dans les ventricules que dans les petites veines périphériques ; pendant la systole, la vitesse est beaucoup plus grande ; même pendant la diastole le courant est moins rapide dans les veinules que dans les ventricules.

2° Les leucocytes sont attirés vers la périphérie, car ils ont un rôle à remplir dans les tissus ; il est inutile de rappeler leurs fonctions multiples dans les muqueuses digestive, respiratoire, etc.

Ces résultats concordent avec les travaux de Goldscheider et Jakob, Hayem, Schulz, mais sont en désaccord avec les résultats de Kampmann. C'est seulement pendant la leucopénie (hypoleucocytose périphérique) que nous avons trouvé d'une manière assez constante un état stationnaire ou même une augmentation des leucocytes du cœur qui fréquemment sont alors plus nombreux que ceux des veines périphériques.

Digitized by Google

Exp. I. — Lapin sain femelle. Poids 1785 gr.

Du 23 avril 1906 au 2 mai 1906, plusieurs prises de sang ont donné la moyenne suivante :

	Globules blancs	Pseudoéosinophiles	Lymphocytes
oreille	*5037*	53,7 %	42,9 %
cœur	*3425*	52,1 %	45,9 %

	Uebergangsformen	Mastzellen
oreille	1,9 %	1,5 %
cœur	1,0 %	1,0 %

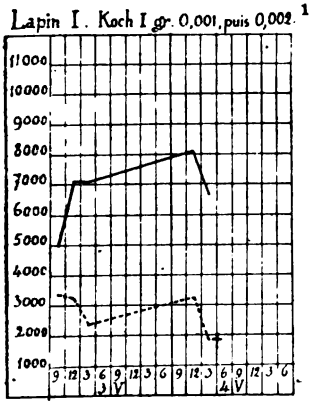
3 mai 1906 à 9 h. 20' m., injection sousculanée de tuberculine de Koch primitive gr. 0,001 milligr.

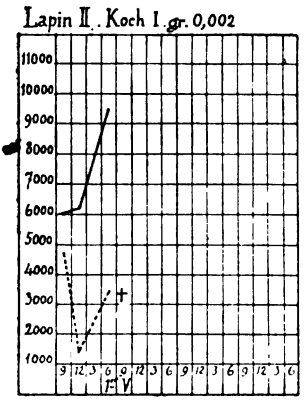
		Glob. bl.	Ps.	L.	Ue.	Mz.
11 h. 30" :	oreille	*7111*	52,7 %	42,6 %	1,5 %	3,2 %
	cœur	*3259*	53,3 %	41,4 %	2,2 %	3,1 %
3 h. 30" :	oreille	*7111*	54 %	35 %	5 %	6 %
	cœur	*2815*	52,3 %	38,0 %	7,4 %	2,3 %
4 mai.						
11 h.	oreille	*8566*	54,5 %	39,0	3,3	3,2
	cœur	*3185*	50,3 %	40,9	4,6	4,2

11 h. 10' injection de tuberculine Koch 0,002 milligr.

3 h.	oreille	6666
	cœur	1852

Le lapin meurt après cette dernière ponction du cœur. L'autopsie révèle un hémopéricarde.





Exp. II. — Lapin sain femelle. Poids 1450 gr.

Du 26 avril au 1er mai plusieurs prises de sang ont donné la moyenne suivante :

[1] Dans tous les dessins le trait plein représente la courbe des leucocytes dans la veine de l'oreille. Le trait pointillé la courbe dans le sang du cœur.

Digitized by Google

	Glob. bl.	Ps.	Ly.	Ue.	Mz.
oreille	6018	56,5 %	36,9	3,2	3,3
cœur	4732	53,4 %	36,6	4,2	5,7

1er mai à 9 h. 45' m., injection de 0,002 milligr. de tuberculine de Koch primitive; sous-cutanée dans la peau du ventre.

10 h. 30' : oreille	6222	51,3 %	46,2	2,1	1,4
cœur	1333	48,4 %	47,9	2,2	1,5
11 h. 30' : oreille	7377	53 %	44	2	1
cœur	1860	50 %	40	6	4

Collapsus après la saignée.

1er mai.

3 h. 40' : oreille	8404	52,0 %	44,0	3,0	1,0
cœur	2388	48,5 %	46,3	3,9	1,3

1er mai.

5 h. 30' : oreille	9502	49.3 %	46,7	2,2	1,8
cœur	3433	47,5 %	48,9	2,3	1,3

Le lapin meurt après la ponction cardiaque. Autopsie : hémopéricarde; en vidant la péricarde, le cœur se remet à battre.

L'aiguille employée pour la ponction du cœur chez ces deux premiers lapins était trop grosse.

Nous connaissons déjà par d'excellents travaux l'influence de la tuberculine de Koch sur la formule leucocytaire. Israël, Surgens, Kromayer, Burci, Zappert, Uskoff, Tschistowitsch, Botkin, et surtout Fauconnet ont fait de nombreuses expériences avec ce produit.

Israël a injecté cette tuberculine dans des abcès tuberculeux; il a trouvé dans le tissu cicatriciel et dans le voisinage une infiltration leucocytaire.

D'après Sürgens, la tuberculine Koch provoque une leucocytose générale qu'il a constatée dans le foie, la rate, les reins.

D'après Kromayer la tuberculine provoque une inflammation aigüe caractérisée par l'émigration des leucocytes polynucléaires. Bursi prétend qu'elle ne produit qu'une leucocytose *relative* par diminution des globules rouges.

Zappert observe chez les tuberculeux apyrétiques une diminution des éosinophiles dans le sang. Si une injection de tuberculine provoque une forte réaction générale, les éosinophiles diminuent encore, pour augmenter après cessation de la fièvre.

Uskoff constate la production par la tuberculine d'une leucocytose surtout polynucléaire.

Digitized by Google

Tschistowitsch dit que le sang des tuberculeux est en général riche en leucocytes. L'injection de tuberculine Koch provoque une leucocytose avant toute autre réaction. Deux de ses malades ont eu d'abord une leucopénie avec leucocytose secondaire. Ce sont les mononucléaires et les formes intermédiaires (*Uebergangsformen*) qui augmentent le plus, d'après Tschistowitsch. La tuberculine, dit-il, donne une activité plus considérable aux organes producteurs des leucocytes, et elle favorise la maturation des formes jeunes. Il pense que la tuberculine favorise donc la transformation des mononucléaires en polynucléaires. (Nous avons vu plus haut que l'opinion de Tschistowitsch n'est pas partagée par tous les auteurs).

Pour Botkin, le nombre de *tous* les leucocytes augmente avec la tuberculine ; au summum de la réaction, les neutrophiles augmentent le plus, et prédominent ; le lendemain ces polynucléaires présentent une diminution notable, pendant que le nombre des autres a augmenté. Ce sont les lymphocytes et les éosinophiles dont l'augmentation persiste le plus longtemps.

Botkin compare la crise provoquée dans le sang par la tuberculine à celle de plusieurs maladies infectieuses fébriles : pneumonie croupale, etc. Il ajoute que la leucocytose de la tuberculine peut s'observer chez des gens qui ne réagissent pas par de la fièvre, donc des « *non tuberculeux* ».

Fauconnet a étudié l'influence de la tuberculine Koch sur le sang de l'homme et du lapin. Il formule ainsi ses conclusions : Il n'y a pas de chimiotaxie spécifique des lymphocytes pour la tuberculose (foyers tuberculeux) ni pour la tuberculine. La toxine tuberculeuse, comme d'autres toxines microbiennes, ne peut attirer que les polynucléaires neutrophiles.

Fauconnet constate qu'une seule injection de tuberculine n'a provoqué une leucocytose que chez 2 lapins sur 8.

D'autre part, par l'injection de fortes doses de tuberculine, il obtient une diminution des polynucléaires (diminution de 3000 en moyenne) avec une augmentation équivalente des lymphocytes chez le lapin.

Botkin, Bischoff, Grawitz ont parlé de « l'éosinophilie » tubertulinique. Fauconnnet, au contraire, n'a pas constaté cette éosiphilie et en conteste l'existence.

Chez le premier de nos lapins, nous trouvons une leucocytose faible et passagère, à la *périphérie seulement*, tandis que dans le sang du cœur nous avons une *hypoleucocytose* (voir les courbes).

Digitized by Google

Dans la veine de l'oreille les leucocytytes montent de 5000 à 8500 pour redescendre le lendemain déjà à 6600. Dans le sang du cœur ils descendent graduellement de 3800 à 1800. La leucocytose *réelle*, est donc *plus faible* que celle constatée *dans le sang périphérique* ; c'est là un fait que nous retrouverons souvent au cours de nos expériences.

Le rapport entre les diverses formes de leucocytes n'a guère été modifié. Chez le lapin II la courbe des leucocytes *monte* progressivement *à la périphérie* de 6000 à 9500. Pendant ce temps elle *descend* dans le *cœur* de 4700 à 1300, pour remonter à 3400. Ici encore nous voyons qu'une partie des leucocytes trouvés dans le sang périphérique a été attirée des parties centrales de la circulation. La leucocytose absolue existe pourtant, mais si l'on prend la moyenne entre les chiffres trouvés pour l'oreille et pour le cœur, on remarque une hypoleucocytose suivie d'hyperleucocytose, tandis que les chiffres de la périphérie accusent une ascension continue.

Pourquoi l'injection de tuberculine Koch provoque-t-elle cet exode des leucocytes du centre vers la périphérie? Nous devons éloigner l'idée d'une irritation locale, car l'injection a eu lieu sous la peau du ventre, et la saignée à l'oreille.

Kampmann, ayant trouvé des résultats comparables aux nôtres les attribue à l'action de la digitale sur le cœur et les vaisseaux, mais la tuberculine n'a vraisemblablement pas une action mécanique pareille sur la circulation. Nous serions plutôt tenté de croire que la tuberculine introduite dans le corps s'accumulerait dans les tissus, et exercerait un pouvoir chimiotactique dans les capillaires; tous les leucocytes disponibles seraient ainsi attirés vers les tissus, c'est-à-dire à la périphérie.

Dans notre second cas, nous observons (comme Fauconnet) une diminution de pseudoéosinophiles et une augmentation des lymphocytes et des formes de passage.

Nous avons continué nos expériences avec le « nucléinate de soude » (de la maison Boehringer u. Soehne à Mannheim), dont l'influence leucocytosique a été étudiée par Miyake.

Exp. III. — Lapin mâle, sain. 1500 gr.

6 à 7 juin moyenne de 4 saignées :

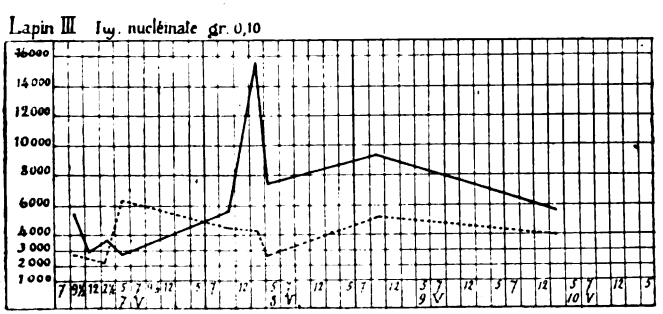
	Glob. bl.	Ps.	Ly.	Ue.	Mz.
oreille	5283	50,0 %	46,8	1,2	2,0
cœur	2976	48,6 %	47,5	1,7	2,2

Digitized by Google

7 juin 9 h.-15', injection sous-cutanée (ventre) de nucléinate gr. 0,10 en solution à 10%.

		Glob. bl.	Ps.	Ly.	Ue.	Mz
10 h. 30' :	oreille	2996	50,3%	44,9	2,3	2,5
	cœur	2794	49,7%	45,5	2,5	2,3
1 h. 30' :	oreille	3439		pas compté.		
	cœur	2666		» »		
4 h. 30' :	oreille	2963	55 %	36,0	5,0	4,0
	cœur	6444	60 %	33,4	3,4	3,1
juin.						
10 h. 15' :	oreille	6666	64,7%	24,2	5,5	5,5
	cœur	4653	47,7%	45,8	3,3	3,2
2 h. 30' :	oreille	15777	61,5%	32,2	3,5	1,7
	cœur	4444	54,8%	39,2	3,9	2,0
4 h. 30' .	oreille	8444	59,4%	34,3	4,2	3,1
	cœur	2666	50.1%	41,2	5,5	3,2
9 mai 1906.						
9 h. 30' :	oreille	9333	58,4%	37,1	3,2	1,3
	cœur	6222	57,6%	38,0	2,1	2,3
10 mai 1906.						
3 h. 40' :	oreille	5333	56,3%	38,2	3,5	2,0
	cœur	4000	55,4%	39,7	2,8	2,1
11 mai.						
10 h.	oreille	5133	52,3%	44,9	1,5	1,3
	cœur	3211	49,5%	45,9	2,5	2,1

Le lapin a un peu maigri à la suite de ces 13 ponctions cardiaques en 5 jours ; il n'en a pas moins continué a être bien portant. 8 jours après il était complètement remis.



Digitized by Google

Exp. IV. — Lapin sain femelle. 1575 gr.

8 au 10 mai moyenne :

		Glob. bl.	Ps.	Ly.	Ue.	Mz.
	oreille	6666	52,5 %	42,3	2,9	2,2
	cœur	2239	50,3 %	43,5	3,1	3,1

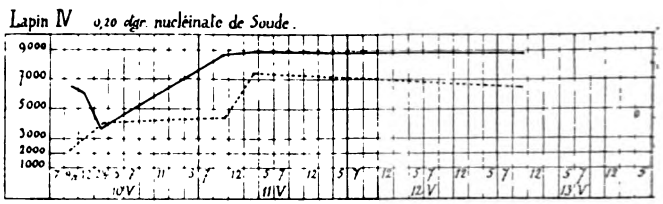
10 mai, 9 h. 40', injection sous-cutanée (abdomen) de nucléinate de soude gr. 0,20. Solution 20 %.

10 h. 50' :	oreille	6133	51,3 %	42,3	3,2	3,2
	cœur	2666	50,9 %	44,6	2,2	1,3
2 h. 50' :	oreille	3555	50,6 %	43,9	3,3	2,2
	cœur	3783	53,4 %	40,5	3,7	2,4

La ponction commence par ramener un caillot du péricarde. Après la ponction cardiaque : collapsus.

11 mai.						
10 h. 45' :	oreille	8800	54,3 %	40,6	3,7	1,4
	cœur	4533	49,1 %	44,7	3,1	3,1
3 h.	oreille	8888	59,5 %	39,5	4,1	3,1
	cœur	7466	52,7 %	40,3	3,8	3,2
13 mai.						
10 h. 30' :	oreille	8890	56,1 %	40,2	2,0	1.7
	cœur	6398	51,5 %	42,3	3,7	2,5
14 mai.						
3 h.	oreille	6833	53,3 %	41,5	2,3	2,9
	cœur	3455	50,9 %	44,1	2,5	2,5

Le lapin a très bien supporté les 10 ponctions cardiaques il est resté amaigri une quinzaine de jours.



Miyacke a étudié la leucocytose provoquée par l'acide nucléique sur le cobaye, parallèlement dans le sang (sang périphérique) et dans l'exsudat péritonéal. Avec une injection sous-cutanée d'acide nucléique 1 cc. à 0,5 %, il double presque le nombre des leucocytytes dans le sang périphérique en 7 heures; il double et au delà le nombre des leucocytes dans l'exsudat péritonéal.

Digitized by Google

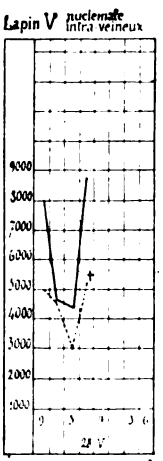
Chez nos deux lapins la leucocytose a été très manifeste. Après un stade de leucopénie, la courbe leucocytaire monte ; c'est une courbe typique, provoquée par un médicament non toxique. L'intérêt de ces deux expériences au point de vue de la répartition des leucocytoses est particulièrement frappant. Dans toutes deux, le nombre des leucocytes descend d'abord à la péphérie, pendant qu'il s'élève dans le cœur (voir l'entrecroisement des courbes). La leucopénie n'est donc qu'apparente, mais les globules blancs sont refoulés au centre. Puis la courbe leucocytaire périphérique monte rapidement, pendant que la courbe du centre descend (lapin III) ou monte légèrement (lapin IV). Le stade de leucopénie ne dure que quelques heures ; la leucocytose apparaît surtout le deuxième jour et ne dure que 48 heures. Les polynucléaires sont surtout augmentés et les formes de passage aussi ; il semble que pendant la leucopénie les polynucléaires sont refoulés dans le cœur ; au contraire pendant la période de forte leucocytose ils sont plus nombreux à la périphérie qu'au centre.

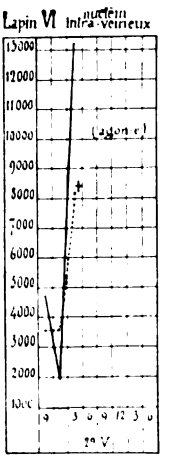
Les lapins suivants ont reçu des injections *intra-veineuses de* nucléinate de soude ; nous voulions voir si les leucocytes se porteraient aussi à la périphérie, si la répartition correspondrait à celle provoquée par l'injection périphérique (sous-cutanée).

Exp. V. — Lapin mâle, 1660 gr.

26 mai au 28 mai moyenne :

	Glob. bl.	Ps.	Ly.	Ve.	Mz.
oreille	8000	55,3 %	42,7	1,0	1,0
cœur	5066	54,3 %	43,2	1,3	1,2





Digitized by Google

28 mai 10 h. 40', injection intra-veineuse (oreille droite) de nucleinate gr. 0,05 dans 2 cm. d'eau distillée.

		Glob. bl.	Ps.	Ly.	Ve.	Mz.
11 h. 40' :	oreille gauche	4755	51,5 %	45,1	2,2	1,2
	cœur	4622	53,6 %	42,7	2,5	1,2
2 h.	oreille gauche	4800	55,3 %	41,2	1,6	1,9
	cœur	3066	53,7 %	42,5	2,5	1,3
4 h.	oreille	8722	59,1 %	38,6	2,3	0,0
	cœur	5289	56,5 %	39,7	1,9	1,9

Le lapin meurt à cette ponction cardiaque. Hémopéricarde.

Exp. VI. — Lapin mâle, 1450 gr.

27 mai au 29 mai moyenne :

oreille	4800	49,9 %	47,1	1,5	1,5
cœur	3689	50,3 %	45,7	2,0	2,0

10 h. 30', injection de nucléinate intra-veineuse (oreille droite) 0,05 in aqua 2,0.

11 h. 30' : oreille gauche	1973	43,5 %	52,7	2,3	1,5
cœur	3667	48,1 %	48,0	2,6	1,7

2 h. 30' le lapin est mourant. Il a des convulsions depuis 5 minutes quant nous le ponctionnons. Forte dyspnée.

oreille gauche	13685	58,5 %	38,5	1,5	1,5
cœur	8266	56,3 %	39,9	2,1	1,3

Le lapin meurt immédiatement après la ponction. La mort a vraisemblablement été causée par une thrombose provoquée par l'injection intra-veineuse.

La forte leucocytose constatée à 2 h. 30" est peut-être dûe en partie à l'agonie.

Exp. VII. — Lapin mâle, 1450 gr.

27 au 29 mai moyenne :

	Glob. bl.	Ps.	Ly.	Ve.	Mz.
oreille	3111	51,2 %	46,8	2,0	0,0
cœur	1600	53,1 %	44,1	1,5	1,5

29 mai, 3 h., injection de nucléinate, intra-veineuse, 0,05 in 2,0 aqua.

4 h. oreille	2666	47,5 %	49,0	3,5	0,0
cœur	2666	54,3 %	41,7	2,9	1,1
6 h. 30' : oreille	5368	53,9 %	42,1	2,5	1,5
cœur	1340	51,2 %	46,5	2,3	0,0

30 mai.

11 h. oreille	7444	60,3 %	36,7	1,5	1,5
cœur	3633	55,2 %	43,8	1,0	0,0

Mort, hémopéricarde.

Digitized by Google

Ces trois expériences nous montrent que l'injection intraveineuse a produit sur la répartition des leucocytes des effets comparables à ceux de l'injection sous-cutanée. Ayant injecté dans la veine de l'oreille droite, nous avons ensuite analysé le sang le l'oreille gauche pour prévenir toute erreur locale.

Là encore nous voyons pendant la leucopénie les leucocytes refoulés dans le cœur (les polynucléaires surtout), puis la leucocytose est beaucoup plus considérable à la périphérie qu'au centre. La mort prématurée des lapins en expérience ne nous permet pas de constater la durée de l'action du nucléinate; la leucocytose se produit après quelques heures, plus vite qu'avec l'injection sous-cutanée, ce qui n'a rien d'étonnant. La leucocytose est surtout polynucléaire, nous constatons à nouveau l'augmentation des formes de passage *(Uebergangsformen)*. Ces leucocytes à noyau échancré se retrouvent presque constamment augmentés pendant la leucocytose polynucléaire. N'est ce là qu'une coïncidence ?

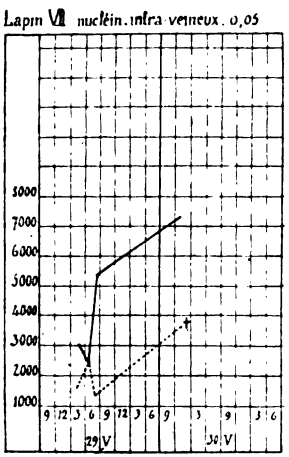
La tuberculine Denys et la formule leucocytaire.

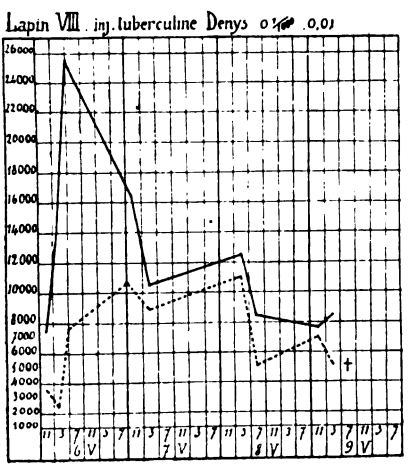
Les expériences suivantes ont porté sur la tuberculine Denys injectée sous la peau de lapins sains, à diverses concentrations.

Exp. VIII. — Lapin mâle, 1600 gr.

5 au 6 mai moyenne :

	Glob. bl.	Ps.	Ly.	Ue.	Mz.
oreille	6666	50,7 %	42,1	3,9	3,3
cœur	3666	48,5 %	43,9	3,2	4,3





Digitized by Google

12 h., injection de Denys au 0,1/1000 gr. 0,01.

		Glob. bl.	Ps.	Ly.	Ue.	Mz.
3 h. 30' :	oreille	13777	55,5%	38,0	3,8	2,7
	cœur	1296	49,2%	43,9	4,4	2,5
5 h. 30' :	oreille	25481	56,1%	37,3	4,2	3,4
	cœur	6815	48,7%	43,9	4,8	2,6

Le lapin reste très faible pendant 1/2 heure après la ponction, puis se remet.

7 mai.

9 h. 30' :	oreille	16356	52 6%	39,9	4,3	3,2
	cœur	9600	49,9%	42,1	4,7	3,3
3 h.	oreille	10666	50,6%	42,2	3,3	3,9
	cœur	8888	48,9%	43,5	4,2	3,3

8 mai.

11 h.	oreille	12800	55,7%	36,3	4,5	3,5
	cœur	10642	60,1%	34,0	3,3	2,5

Cette leucocytose vient-elle des saignées répétées (leucocytose posthémorragique) ?

3 h. 40' :	oreille	8444	53,4%	37,9	5,4	3,3
	cœur	4333	50,4%	41,2	4,9	3,5

9 mai.

10 h. 30" :	oreille	7910	52%	38,7	4,6	4,2
	cœur	7000	51,9%	39,2	4,4	4,5
4 h. 40" :	oreille	8563		pas comptés		
	cœur	4255		» »		

Mort d'hémorragie dans le péricarde 1/2 heure après la dernière ponction. A supporté 11 ponctions cardiaques.

Exp. IX. — Lapin mâle, 1550 grammes.

15 mai.

		Glob. bl.	Ps.	Ly.	Ve.	Mz.
10 h. 30' :	oreille artère	2471				
	» veine	3653	56,3%	40,7	1,5	1,5
	cœur	2111	54,2%	41,3	1,9	2,6

Le hasard nous ayant fait piquer uns artère de l'oreille, nous avons constaté que le sang de l'artère renfermait plus de leucocytes que celui du cœur, et moins que celui de la veine.

15 mai, 10 h. 40', injection de Denys 0,1/1000 gr. 0,01.

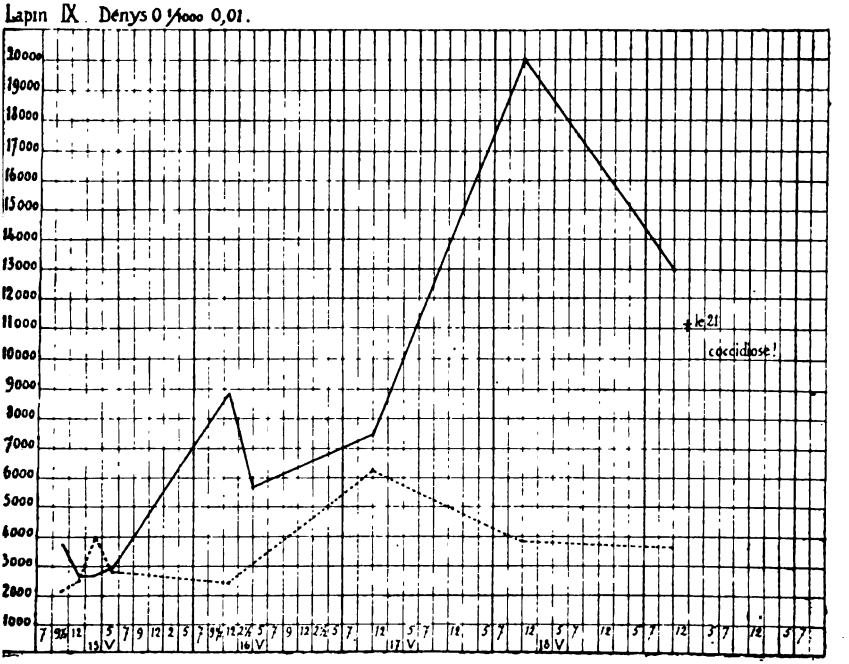
11 h. 30' :	oreille	2666	54,3%	42,5	1,7	1,5
	cœur	2400	56,3%	39,0	2,6	2,1

Digitized by Google

2 h. 30' :	oreille	2651	54,3 %	39,5	3,7	2,5
	cœur	3911	58,1 %	36,1	3,7	2,1
5 h.	oreille	2933	55,2 %	38,9	3,9	2,0
	cœur	2844	57,3 %	38,2	2,3	2,2
16 mai.						
10 h. 30' :	oreille	8800	56,3 %	41,6	1,1	1,0
	cœur	2411	50,2 %	45,3	2,3	2,2
4 h.	oreille	5600	53,5 %	40,1	3,9	2,5
	cœur	2660	51,9 %	43,5	2,3	2,3
17 mai, 11 h. Le lapin est atteint de coccidiose : incontinence d'urine.						
	oreille	7466	60,2 %	37,3	1,3	1.2
	cœur	6228	53,1 %	42,9	2,0	2,0
19 mai.						
11 h.	oreille	12977	58,7 %	38,9	1,2	1,2
	cœur	3644	52,9 %	43,7	2,2	1,2

Le lapin meurt le 21 de sa coccidiose, le cœur et le péricarde sont intacts après 9 ponctions.

Lapin IX. Dénys 0 ‰ 0,01.



Exp. X. — Lapin femelle, 1550 gr.

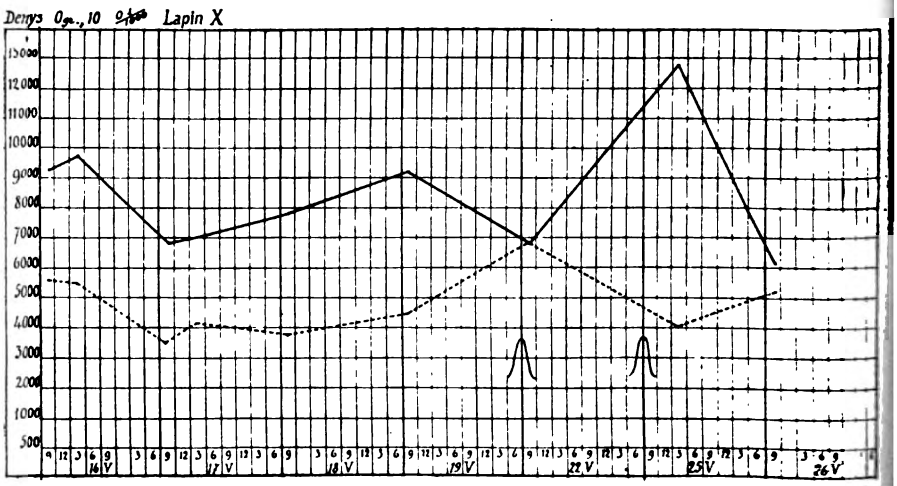
14 au 16 mai moyenne :

	Glob. bl.	Ps.	Ly.	Ve.	Mz.
oreille	9333	60,8 %	35,2	0,8	3,2
cœur	5600	58,7 %	36,4	1,5	3,4

16 mai à 10 heures, injection Denys 0,1/1000 gr. 0,10.
3 h. 30'. Caillots dans le péricarde.

	oreille	9777	54,2 %	39,2	3,2	3,2
	cœur	5511	50,9 %	42,7	3,9	2,5
17 mai.						
10 h.	oreille	6850	52,3 %	43,7	2,6	1,4
	cœur	3535	50,6 %	43,5	3,8	2,1
3 h.	oreille	7200	51,5 %	44,8	2,5	1,2
	cœur	4335	53,6 %	43,2	2,2	1,0
18 mai.						
10 h. 30' :	oreille	7733	55,6 %	40,1	2,2	2,1
	cœur	3733	52,5 %	43,7	2,6	1,2
19 mai.						
10 h.	oreille	9333	61,9 %	34,6	2,2	1,3
	cœur	4533	57,5 %	40,0	1,3	1,2
22 mai.						
11 h.	oreille	6793	58,6 %	40,1	1,2	0,1
	cœur	6793	53,9 %	43,6	1,2	1,3

25 mai, 2 h. Le lapin est atteint de coccidiose ; il a maigri ; le poil est hérissé.



Digitized by Google

oreille	12800	63,6 %	33,9	1,3	1,2
cœur	4000	60,9 %	37,5	0,5	1,1
26 mai.					
10 h. 30' : oreille	6222	58,5 %	39,0	1,3	1,2
cœur	6333	59,5 %	37,1	3,4	0,0
2 juillet.					
2 h. 15' : oreille	5867	59,3 %	36,7	1,5	2,5
cœur	4533	58,7 %	37,3	2,5	1,5

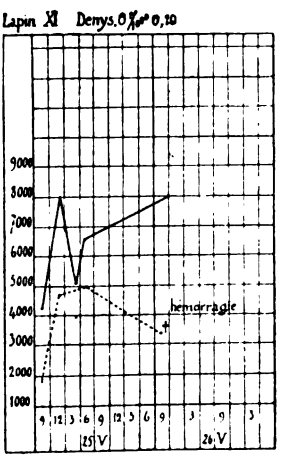
Le lapin se rétablit promptement. 12 ponctions cardiaques.

Exp. XI. — Lapin femelle, 1660 gr.

23 au 25 mai 1906 moyenne :

	Glob. bl.	Ps.	Ly.	Ve.	Mz.
oreille	4444	58,3 %	39,0	1,2	1,5
cœur	1966	55,4 %	44,6	0,0	0,0
25 mai, 10 h. 30" : injection de Denys 0,1/1000 gr. 0,10.					
1 h. 30' : oreille	8266	60,2 %	36,3	2,3	1,2
cœur	4800	57,3 %	40,0	2,7	0,0
3 h. 30' : oreille	5200	60,7 %	35,3	2,5	1,5
cœur	4800	59,3 %	37,4	2,3	1,0
5 h. 30' : oreille	6666	57,5 %	38,7	2,1	1,7
cœur	5066	58,3 %	38,6	2,0	1,1
26 mai.					
9 h. 30' : oreille	8133	56,2 %	41,0	1,5	1,3
cœur	333	53,7 %	43,3	1.5	1,5

Mort après la ponction cardiaque. Hémopéricarde.



Digitized by Google

Exp. XII. — Lapin femelle, 1400 gr.

La première ponction ramène un liquide séro sanguinolent que nous prenons pour un épanchement péricardique.

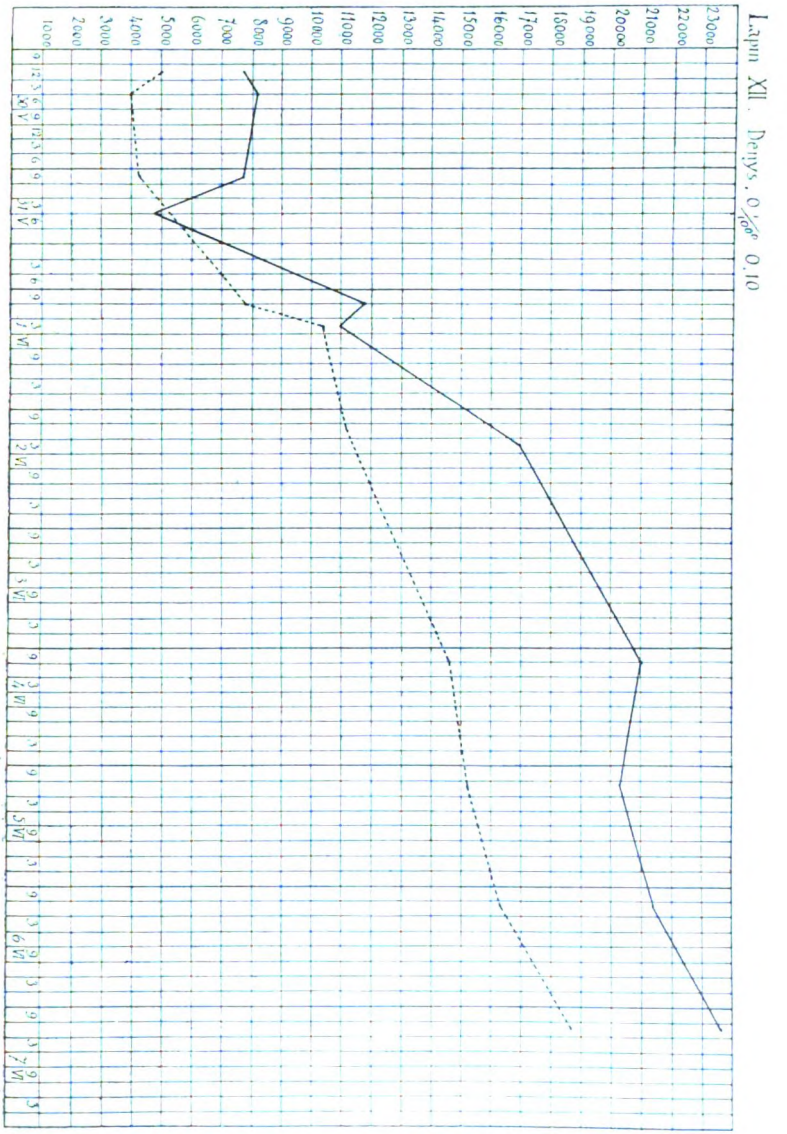
28 au 30 mai moyenne :

		Glob. bl.	Ps.	Ly.	Ve.	Mz.
	oreille	7733	45,6 %	50,7	1,6	2,1
	cœur	5066	42,3 %	59,6	1,9	1,2
30 mai, 1 h. 40', injection Denys gr. 0,10, 0 1/1000.						
4 h.	oreille artère	6440				
	» veine	8233	43,7 %	51,2	3,1	2,0
	cœur	4000	44,5 %	52,3	2,2	1.0
31 mai.						
9 h. 40' :	oreille	7822	47,3 %	48,3	5,4	1.0
	cœur	4266	45,0 %	50,9	2,5	1,6
4 h. 15' :	oreille	4800	42,6 %	61,5	3,3	2,7
	cœur	5933	51,5 %	43,4	3,2	1,9
1er juin.						
10 h. 45' :	oreille	11400	37,5 %	57,1	3,4	2,0
	cœur	8444	36,4 %	58,1	3,5	1,9
3 h.	oreille	10909	34,6 %	61,0	1,9	2,5
	cœur	10400	33,7 %	61,1	2,3	2,9
Forte tachypnée une heure après la saignée.						
2 juin 1906.						
11 h.	oreille	17066	20,3 %	75,3	2,9	1,5
	cœur	11200	22,7 %	72,3	3,1	1,9
4 juin, 10 h. 30", a maigri.						
	oreille	21066	25,8 %	69,2	2,5	2,5
	cœur	14667	20,7 %	74,3	2,7	2,3
5 juin.						
11 h. 15' :	oreille	20444	43,3 %	53,1	1,9	1,7
	cœur	15200	40,9 %	55,6	1,5	2.0
6 juin, 11 h., très maigre.						
	oreille	21533	42,5 %	53,8	2,0	1.7
	cœur	16333	41,3 %	54,7	1,9	2,1
7 juin.						
3 h.	oreille	23600	46,2 %	49,1	3,5	1.2
	cœur	18666	51,3 %	45,8	2,9	0,0
8 juin.						
5 h.	oreille	15467	49,3 %	48,7	1,5	0.5
	cœur	12000	51.3 %	45,4	1.8	1.5

Ce lapin est le seul qui nous ait donné un pourcentage de lymphocytes plus fort que de polynucléaires. La tuberculine a

Digitized by Google

augmenté encore cette lymphocytose. Peut-être y a-t-il là une relation avec l'épanchement péricardique constaté avant l'expérience.



Digitized by Google

Exp. XIII. — Lapin mâle, 1500 gr.

30 mai 1er juin, moyenne :

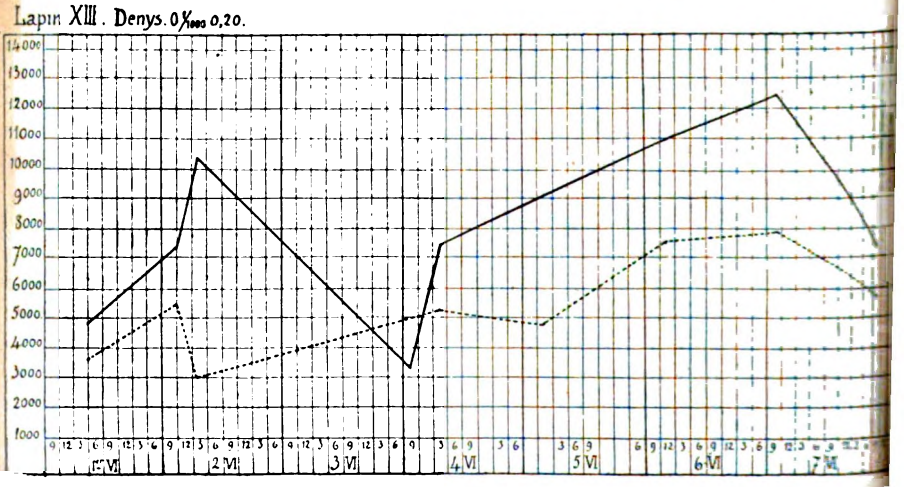
		Glob. bl.	Ps.	Ly.	Ve.	Mz.
	oreille	4800	49,6 %	47,2	1,5	1,7
	cœur	3666	52,3 %	44,7	1,5	1,5

5 h., injection de Denys 0,1/1000, 0,20.

2 juin.

6 h. 15' :	oreille	7466		pas comptés.		
	cœur	5600		»	»	
3 h.	oreille	10400	48,3 %	48,1	1,8	1,8
	cœur	2926	51,2 %	45,4	1,5	1,9
4 juin.						
10 h.	oreille	3466	47,1 %	49,3	1,5	2,1
	cœur	4888	48,3 %	48,6	2,1	0,0
4 h.	oreille	7466	48,0 %	49,0	1,3	1,7
	cœur	3333	56,3 %	41,4	1,0	1,3
5 juin.						
10 h. 15" :	oreille	8800	48,7 %	48,8	1,2	1,3
	cœur	4800	45,0 %	52,0	1,5	1,5
6 juin.						
	oreille	10933	47,1 %	50,1	1,3	1,5
	cœur	7650	44,7 %	51,7	1,5	2,1
7 juin.						
10 h.	oreille	12444	68,1 %	30,9	1,0	0,0
	cœur	7966	54,5 %	43,1	1,2	1,2
8 juin.						
10 h. 30' :	oreille	7467	66,2 %	30,3	2,3	1,2
	cœur	5734	69,0 %	27,3	2,7	1,0

Mort. Hémopéricarde après 11 ponctions.

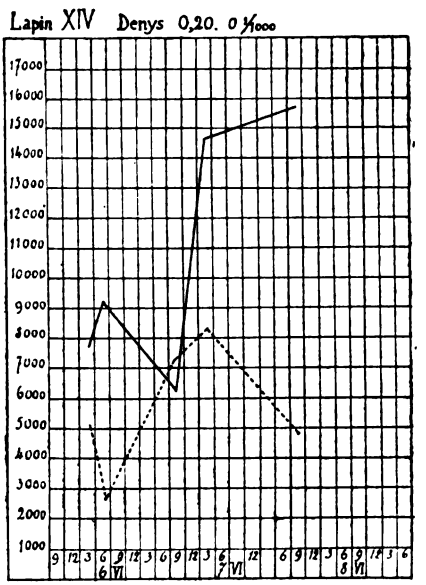


Digitized by Google

Exp. XIV. — Lapin mâle, 1950 gr.

5 à 6 juin moyenne :

		Glob. bl.	Ps.	Ly.	Ve.	Mz.
	oreille	8866	60,0 %	39,0	1,0	0,0
	cœur	6133	58,6 %	40,2	1,2	0,0
6 juin, 4 h., injection de Denys 0,1/1000 gr. 0,20 in aqua 2,0.						
6 h.	oreille	10233	57,2 %	39,8	1,5	1,5
	cœur	3666	55,3 %	41,9	2,1	0,7
7 juin.						
9 h.	oreille	6399	53,1 %	43,6	2,3	1,0
	cœur	8432	59,3 %	36,3	3,2	1,2
3 h. 30' :	oreille	15733	58,3 %	38,2	2,5	1,0
	cœur	9333	73,9 %	22,6	2,0	1,0
8 juin.						
9 h. 40' :	oreille	16889	54,2 %	42,0	2,7	1,1
	cœur	5867	49,7 %	45,4	3,2	1,7



L'on sait que la tuberculine Denys, de Louvain, est le bouillon filtré du bacille de la tuberculose.

Nous avons eu l'occasion de suivre beaucoup de cas traités

Digitized by Google

avec ce médicament, soit à Weissenbourg, chez le Dr. Minnich, soit à Leysin. Nous n'avons pas l'intention de relater ici nos résultats cliniques ; qu'il nous suffise de dire que la tuberculine Denys, maniée très prudemment, ne nous a jamais paru occasionner le moindre inconvénient; en général nos résultats ont été très satisfaisants ; dans de nombreux cas nous avons fait petit à petit tomber la fièvre, et l'amélioration locale (poumon) marchait de pair avec un état général plus satisfaisant. Ce sont ces résultats cliniques favorables qui nous ont engagé sur le conseil du Dr Minnich à étudier l'influence de la tuberculine Denys sur la formule leucocytaire.

Le bouillon filtré, comme la tuberculine de Koch, détermine une réaction thermique plus forte chez l'animal tuberculeux que chez l'animal sain. On peut inoculer des doses très fortes de bouillon filtré sans produire des phénomènes d'intoxication bien appréciables. Strauss et Gameleia ont injecté dans les veines d'un lapin jusqu'à 20 cc. de bouillon filtré sans l'incommoder. Broden a injecté sous la peau d'un lapin 0,5 à 20 cc. de tuberculine Denys sans observer d'autre action toxique que l'élévation de la température. En pratique nous n'employons que très petites doses, beaucoup plus faibles que celles injectées à nos lapins, la plupart du temps.

Il n'existe rien à notre connaissance dans la littérature sur l'influence leucocytaire du bouillon filtré ; Denys dans son traité dit seulement: « Les injections de B. F., comme celles des autres tuberculines et de toxines microbiennes en général sont suivies d'une augmentation de leucocytes dans le sang ».

Dans les sept expériences que nous avons relatées, la tuberculine Denys nous a constamment donné une forte leucocytose, souvent précédée d'une courte leucopénie.

Une seule injection de gr. 0,01 de Denys au 0 $^1/_{1000}$ a suffi à faire tripler le nombre des leucocytes en quelques heures (Exp. VIII) ; le sang reprend son taux normal le quatrième jour.

L'expérience IX montre une leucopénie périphérique de quelques heures, contrebalancée par la leucocytose centrale : en 24 heures le nombre de leucocytes double à la périphérie. L'élévation considérable qui se produit ensuite doit plutôt être rattachée à l'apparition de la coccidiose qu'à l'influence du B. F.

Trois lapins ont reçu une injection de gr. 0,10 ctgr. ; le lapin X a réagi d'une manière assez bizarre, ne faisant de leucocy-

Digitized by Google

tose que le 9me jour, après une leucopénie de 6 jours. Le lapin XI a presque doublé ses leucocytes périphériques et centraux en 24 heures. Le lapin XII fait sa leucopénie le 2me jour, puis s'élève graduellement pendant 7 jours, passant de 8000 à 23000 leucocytes à la périphérie, de 5000 à 185000 au centre.

Les lapins XIII et XIV ont reçu gr. 0,20 ctgr. de Denys 0 1/1000.

Le XIII a fait sa leucopénie le 4me jour, puis monte graduellement pendant 3 jours pour redescendre ensuite. Le nombre des leucocytes a été plus que doublé au centre comme à la périphérie ; la réaction se prolonge pendant plus d'une semaine.

Le XIV fait au bout de 48 heures une leucopénie périphérique contrebalancée par la leucocytose centrale, puis double en quelques heures le nombre primitif de ses leucocytes périphériques, pendant que le taux central redescend à la normale. La réaction n'a pu être observée jusqu'au bout.

Au point de vue de la répartition des leucocytes, la tuberculine Denys, comme celle de Koch, comme le nucléinate, provoque ces balancements dont nous avons parlé plus haut, refoulant tantôt les leucocytes vers le cœur, tantôt les attirant à la périphérie.

Les lapins VIII, XIII et XIV ont donné une leucocytose plutôt polynucléaire, mais avec des variations nombreuses ; les lapins IX, X et XI ont réagi avec toutes leurs espèces de leucocytes à peu près également.

Enfin le lapin XII avait déjà une lymphocytose préalable que la tuberculine Denys a encore augmentée.

Nous avons eu l'occasion de constater que chez l'homme tuberculeux les injections de tuberculine Denys font monter le taux leucocytaire, et le mantiennent en élévation pendant un certain temps. Des malades ayant avant le traitement une moyenne leucocytaire diurne de 3500 et 4000 sont montés en deux jours à 4500 et 5000 par l'injection de cc. 0,1 de 0 1/100000, c'est-à-dire avec des doses de B. F. infinitésimales. D'autre part le sang des malades ayant fait des cures suivies de B. F. (pendant 8, 9, 10 mois) nous a presque toujours donné un chiffre de leucocytes élevé en même temps qu'une amélioration générale très nette.

Digitized by Google

III. — Conclusions.

1. Le taux leucocytaire *dans le sang du cœur* est loin de subir les mêmes variations que *celui des veines périphériques*.

2. Dans la *leucopénie*, alors que le nombre des leucocytes est fortement diminué à la *périphérie*, il est souvent *stationnaire ou augmenté* dans le *cœur*. La leucopénie n'est fréquemment qu' « *apparente* ».

3. Souvent la *leucocytose périphérique au début* n'est qu' « *apparente* », les *premières recrues* leucocytaires étant empruntées *au sang des parties centrales de la circulation*. Ce phénomène de « balancement » ne suffit pas pour expliquer les fortes leucocytoses.

4. Normalement, le rapport entre les diverses espèces leucocytaires diffère peu entre le sang du cœur et celui de la périphérie.

5. La *tuberculine Denys* provoque une *forte leucocytose* chez le lapin sain, précédée souvent d'une courte leucopénie. La leucocytose paraît être plutôt polynucléaire.

BIBLIOGRAPHIE

Askanazy, M. Der Ursprung und die Schicksale der farblosen Blutzellen. Leipzig, 1905.

Akanazy, M. Ueber amœboïde Beweglichkeit der Lymphocyten. *Centralbl. für allg. Pathol. und pathol. Anatomie*, Bd., XVI, 1905.

Becker. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1901. S. 752.

Beraneck, Ed. Une nouvelle tuberculine. *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1905, n° 10.

Bordet et Gengou. Les sensibilisatrices du bacille tuberculeux. *Acad. des Sciences*, Paris 1903.

Bouchard. Pathologie générale. Vol. IV. Semeiologie du sang, par Gilbert.

Borrel. Action de la tuberculine et de certains poisons bactériens sur le cobaye sain ou tuberculeux par inoculation sous-cutanée ou intracérébrale. *C. R. Soc. Biol.*, 1900.

Botkin. Hämatolog. Untersuchungen bei Tuberkülininjektionen. *Deutsche mediz. Wochenschr.*, 1892, n° 15.

Digitized by Google

Broden. Recherches sur l'histogenèse du tubercule et l'action curative de la tuberculine. *Arch. méd. expérim.*, 1899.

Burci. Ricerche sul valore chemotattico della tubercolina. *Riforma med.*, 1891, nos 239-240.

Denys. Le bouillon filtré du bacille de la tuberculose dans le traitement de la tuberculose humaine. Louvain-Paris. 1905,

Ehrlich u. Lazarus. Die Anämie? — Anämie u. Bluterkrankungen, Bd. 7. I Theil.

Fauconnet. Tuberkülose u. Lymphocyten. *Deutsches Arch. f. klin Med.*, LXXXII, 1904-1905.

Feistmantell. Die Tuberkulinreaction. *Centralbl. f. Bakt.*, 1904, Bd. XXXVI.

Giemsa. Eine Vereinfachung und Vervollkommung meiner Methylenazur-Methylenblau-Eosin-Färbemethode zur Erzielung des Romanowski-Nochtschen Chromatinfärbung. *Centralbl. f. Bakt.*, 1904, Bd. 37. S. 308.

Goldscheider u. Jakob. Ueber die Variatonen der Leukocytose. *Zeitschr. f. klin. Med.*, 1894, Bd. 25.

V. Grawitz. Ueber Blutbefunde bei Behandlung mit dem Kochschem Mittel. *Charité Annalen*, 16, 1891.

E. Grawitz. Klinische Pathol. des Blutes. Berlin, 1902.

Guinard. Les tuberculines de Koch et les extraits de bacilles tuberculeux. *Revue de la tuberculose.*

Heinz. Handbuch der experimentellen Pathol u. Pharmakol. I Bd., I Heft. 1904.

Hirschfeld, H. Beiträge zür vergleichenden Morphologie der Leukocyten. *Virchows Arch.*,., Bd. 149.

Israel. Bericht über die anatomische Befunde an 2 mit dem Kochshen Mittel behandelten tuberkulöse Lokalerkrankungen. *Berl., klin. Wochenschr.*, 1890, n° 48, p. 1125.

Jaquerod. Traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine primitive de Koch. Résultats cliniques. *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1906, n° 2.

Jürgens. Mitteilungen über das Koschche Heilmittel. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, n° 5,

Kampmann. La pathogénie de la leucocytose digitalique. *Thèse de Genève*, 1905.

Kromeyer. Histologisches über die Wirkung des Kocshchen Heilmittels gegen Tuberkulose. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1800, n° 43, S. 1938.

Lengemann. Knochenmarks Veranderungen als Grundlage von Leukocytose. *Zieglers Beiträge*, 1901, B. 29.

Levaditi. La leucocyte et ses granulations. *Scientia.*

Lœwy u. Richter. Zur Biologie der Leukocyten. *Virchows Arch.*, 1898. Bd. 151.

May u. Grünwald. Ueber Blutfärbungen. *Centralbl. f. innere Med.* 1902, n° 11.

von. Mering, Lehrbuch der inneren Medizin. Blutkrankheiten par Klemperer. Berlin.

Metschnikoff. Pathologie comparée de l'inflammation. Paris, 1892.

Digitized by Google

MIYACKE. Mitteilungen aus *Grenzgebieten von Medizin u. Chirurgie*, 1904. Bd. 13.

NÆGELI, O. Ueber rotes Knochenmark und Myeloblasten, *D. med. Wochenschr.*, 1900.

NÆGELI-AÆRBLOM. Zur Behandlung der Pneunmonia crouposa mit Digitalis. *Centralbl. f. inn. Med.*, 1895. n° 32.

NICOLLE et DUCLOUX. Ponction cardiaque chez le lapin. *C. R. de la Soc. de Biologie de Paris*, juillet 1903.

PARIS. La tuberculine Beraneck dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1904, n° 10.

ROGER et JOSUÉ. La moëlle osseuse à l'état normal et dans les infections.

RÖMER. Ueber experimentelle Leukocytose S. D. München. 1890.

SCHLESINGER. Die Leucocytose bei experimentellen Infektion. *Zeitschr. f. Hygiène u. Inf.*, 1903. Bd. 35.

STRAUER. Systematische Blutuntersuchungen u. Krebskranken. *Zeitschr. f. klin. Med.* B. XXIV, 1894.

STRAUSS et GAMELEIA. Recherches expérimentales sur la tuberculose. *Arch. de méd. expér.*, 1891.

STUDER. Ueber das Verhalten der weissen Blutzellen unter Einwirkung von Typhus und Colitoxinen. Zurich, 1903.

TSCHISTOWITSCH. Ueber die morphologischen Veränderungen des Blutes bei der Injektion mit Koch'scher Flüssigkeit. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1891.

USKOFF. Das Blut als Gewebe, 1891.

WOLF, AD. Die Kernzahl der Neutrophilen. Heidelberg, 1906.

WOLF, A. Giebt es eine aktive Leukocytose? *Aerzte-Zeitung*, 1901, n° 78.

ZAPPERT. Ueber das Vorkommen der eosinophilen Zellen im Menschlichen Blut. *Zeitschr. für klin. Med.* Bd., XXIII, 1903.

Quels résultats pouvons-nous obtenir avec la tuberculine Béraneck?

Par le Dr HUMBERT, Davos-Dorf.

Les dernières communications de Roux [1] au Congrès de la tuberculose de Paris, et de Sahli [2] ont à nouveau attiré l'attention des médecins sur la tuberculine Béraneck dont le mode de préparation a été exposé ici-même par son inventeur [3].

Dans tout traitement antituberculeux il faut se défier des

[1] *Congrès de la Tuberculose*. Paris 1905 Tome, II. 2e section.
[2] *Correspondenz Blatt für Schw. Aerzte* n° 12 et 13, 1906.
[3] Ed. BÉRANECK. Une nouvelle tuberculine. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1905, n° 10.

Digitized by Google

succès immédiats à cause de l'extrême suggestibilité des malades et juger seulement la valeur du procédé thérapeutique par la durée des résultats obtenus. Comme nous employons depuis cinq ans la tuberculine Béraneck, j'ai pu suivre pendant ce temps un certain nombre de malades qui permettent de porter sur la méthode une appréciation plus exacte que s'il s'agissait seulement de cas traités récemment.

Il est vrai que le nombre des malades qne j'ai injectés dans les premières années où M. Béraneck livrait sa tuberculine est très petit, car on pouvait craindre de généraliser une méthode qui n'avait pas encore fait ses preuves, aussi cette communication ne doit-elle pas être envisagée comme une statistique importante, mais simplement comme un exposé de faits destiné à éclairer l'opinion des médecins qui s'intéressent à la tuberculinothérapie. Le Dr Paris [1] a déjà fait sur ce sujet un travail très complet, mais ses observations portent sur des malades dont quelques uns seulement avaient cessé le traitement depuis deux ans au plus. La durée d'observation est donc moins longue que la nôtre.

Pour avoir un minimum d'au moins trois années de recul, je ne mentionnerai ici que les cas traités en 1901, 1902 et 1903. Comme on était alors dans la période des tâtonnements quant aux doses à injecter, il est possible que certains malades, surtout parmi les cas avancés, aient été influencés défavorablement par des doses trop fortes. Pour les cas plus légers nous n'avons pas remarqué que les doses employées alors eussent jamais été nuisibles, mais elles occasionnaient toujours au début une réaction générale plus ou moins marquée. Cette réaction est maintenant évitée grâce à la méthode de dosage indiquée par Sahli, et il n'y a pas de doute que les résultats obtenus par les doses beaucoup plus petites et par une graduation presque insensible soient meilleurs que les précédents. Je dois faire remarquer encore que tous les cas injectés de 1901 à 1903 étaient en observation depuis deux mois au moins et une année au plus et ne s'amélioraient pas par la cure ordinaire de sanatorium. Nos premiers malades n'étaient donc pas dans d'aussi bonnes conditions de succès que ceux traités maintenant.

J'ai noté sous la rubrique « guérison apparente » tous les malades qui sont rentrés dans la vie active : chez ceux du pre-

[1] Paris. La tuberculine Béraneck. Observations faites à l'Hospice cantonal de Perreux. *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1904 n° 10.

Digitized by Google

mier degré il n'y a plus ni toux, ni expectoration, ni râles, chez ceux du second il y a encore de nombreux signes stéthoscopiques, mais l'état général reste bon. Sous la rubrique « en traitement » nous portons les malades qui ne peuvent encore reprendre leurs occupations ou qui doivent encore se soigner.

Nous donnons ici un tableau des cas traités de 1901 à 1903 où les guérisons apparentes durent par conséquent depuis 3 ans au moins, et 5 ans au plus :

Degré de la maladie	Nombre des cas traités	Guérison apparente	En traitement	Morts	Sans nouvelles
I.	7	6	—	1	—
II.	17	9	3	4	1
III.	12	1	—	8	3
Total :	36	16	3	13	4

Parmi les morts nous avons dans les cas du premier degré un décès par entérite tuberculeuse après un traitement de deux ans; dans les cas du second degré, deux femmes dont l'état s'était bien amélioré (chez l'une d'elles pendant deux ans), sont mortes, l'une et l'autre, après une grossesse qui a été suivie d'une recrudescence de la maladie. Un troisième malade est mort des suites d'une opération chirurgicale (résection).

Il ressort avec évidence de l'étude de ce petit nombre de cas que la tuberculine Béraneck, comme du reste, toutes les tuberculines, a une action efficace surtout au début de la maladie, et qu'elle n'a que très peu d'effet thérapeutique dans les phtisies avancés ou à marche rapide.

On peut toutefois faire un essai de traitement avec cette tuberculine même dans les cas avancés, et l'on obtient quelquefois une amélioration, du moins passagère, des symptômes généraux surtout en employant la méthode des petites doses d'après Sahli. Ainsi parmi les décédés du troisième degré nous avons eu plusieurs malades qui paraissaient retirer quelque bénéfice du traitement et qui ont vécu pendant plus d'une année malgré la gravité de leur état.

Lorsque, dans les cas favorables, le malade s'améliore, la guérison ou la guérison apparente suit la même marche que la guérison naturelle de la tuberculose. Toutefois l'amélioration est en général plus rapide, les râles, de même que les bacilles,

Digitized by Google

disparaissent plus promptement, mais il ne faut pas demander à la tuberculine de conférer à l'organisme une immunité qui le mette à l'abri d'une récidive. Celle-ci peut se produire subitement ou d'une façon insidieuse au bout de quelques semaines déjà après la cessation du traitement, mais, en général, si elle se déclare, c'est après un délai plus prolongé.

Voici deux cas qui peuvent illustrer d'une façon assez nette la manière dont se produisent la guérison et les récidives :

Obs. I. — Mme Ch., 25 ans, est atteinte d'une infiltration du sommet droit qui s'est déclarée d'une façon insidieuse après une grossesse dans l'hiver de 1901. Durant l'été de 1902 perte de forces, fièvre, toux et expectoration (bacille G 6). En octobre 1902 comme il n'y avait pas d'amélioration, traitement à la tuberculine Béraneck jusqu'en mai 1903. A cette époque la fièvre, les râles, la toux et l'expectoration avaient disparu. Plus de bacilles dans les crachats. Etat général très bon.

En août de la même année, la malade qui séjournait en Allemagne, est reprise de toux et d'expectoration avec bacilles, sa température est subfébrile. Elle reprend le traitement à la tuberculine Béraneck en septembre 1903, et on le continue jusqu'en mars 1904. Amélioration rapide : en décembre plus de bacilles, disparition des râles. En mars 1904 état général excellent qui s'est maintenu jusqu'à maintenant, la malade ayant toujours pu garder la direction de son ménage.

Il a fallu dans ce cas deux cures rapprochées de tuberculine pour arriver à un résultat qui paraît durable, mais la récidive s'était produite au bout de trois mois à peine.

Obs. II. — M. W. 20 ans, fils de tuberculeux, a eu une pleurésie en mars 1901 puis en mai 1902 une laryngite avec fièvre. Il passa l'hiver 1902 à 1903 à Davos pour une infiltration catarrhale du poumon gauche, sommet et base, et une laryngite non ulcérée. Son état s'était un peu amélioré, lorsqu'en mars 1903 il fut pris de bronchite fébrile avec expectoration bacillaire. Il fut alors traité à la tuberculine Béraneck jusqu'à la fin de juin 1903. A cette époque il n'y avait plus ni fièvre, ni toux, ni expectoration, ni bacilles dans les crachats.

Il continua le traitement à la maison jusqu'en août 1903, tout en reprenant ses occupations de comptable, et tout alla bien jusqu'en mai 1905, donc pendant deux ans durant lesquels il put travailler comme un homme en parfaite santé.

En mai 1905, sans autre cause qu'un refroidisssment, il fut pris de toux, d'enrouement et d'expectoration avec bacilles. Son état s'aggrava encore pendant l'été; il vint à Davos en novembre 1905 et fut traité à la tuberculine Béraneck jusqu'à la fin de mars 1906. L'état général s'amé-

Digitized by Google

liore rapidement (+ 5 1/2 kilos), la toux et l'expectoration diminuent, mais les bacilles disparaissent seulement en mars lorsque nous fûmes arrivés aux doses élevées de la tuberculine. Il subsiste encore des signes stéthoscopiques manifestes, mais l'état général est très bon et s'est bien maintenu jusqu'ici.

Ce cas, où il y avait des lésions plus étendues que dans le cas précédent, a récidivé après deux ans ; mais chez l'un et l'autre malades on constate à deux reprises une action curative très réelle de la tuberculine.

Nous ne pouvons nous étendre plus longuement sur l'examen et la discussion d'autres cas, mais nous pouvons résumer le résultat de nos cinq années d'observations dans les points suivants :

1° Dans la plupart des cas de tuberculose pulmonaire au début, on peut obtenir avec la tuberculine Béraneck une guérison apparente ou réelle au bout de plusieurs mois de traitement. Cette guérison s'obtiendra d'autant plus rapidement que les injections auront été faites à temps, dès l'apparition des premiers symptômes, et que le malade se trouvera dans les meilleures conditions hygiéniques et climatériques.

2° Dans les cas fébriles, lorsque la température n'a pu être ramenée à la normale par les moyens ordinaires, la tuberculine Béraneck donne souvent de très bons résultats, mais les malades doivent être suivis d'une façon spéciale, de préférence par un médecin ayant l'expérience du traitement.

3° Les cas avancés ou à marche rapide sont très rarement influencés d'une façon favorable par la tuberculine Béraneck. On peut toutefois essayer le traitement en l'appliquant d'une manière excessivement prudente.

4° La tuberculine Béraneck ne confère pas d'immunité contre la tuberculose, et une récidive est toujours possible, mais, en général, cette dernière offre moins de gravité chez les malades traités que chez ceux qui ne l'ont pas été. Il faut reprendre le traitement dès que les symptômes de récidive apparaissent. L'amélioration est alors, le plus souvent, rapide.

5° Pour les doses à injecter, il faut s'en tenir à la méthode indiquée par Sahli.

Digitized by Google

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 4 juillet 1906.

Présidence de M. MAILLART, Vice-Président.

24 membres présents.

M. J. PALLARD présente un garçon de 7 ans, qu'il traite depuis 15 mois (mai 1905) et qui est atteint d'*épilepsie* depuis l'âge de 4 ans (décembre 1903). Sous l'influence du traitement, les crises, qui étaient extrêmement fréquentes, ont totalement disparu depuis 15 mois.

Le point intéressant à signaler chez ce malade, est la dose de bromure, énorme pour son âge, qu'il a pu prendre sans en ressentir aucun inconvénient. Voici en deux mots l'histoire du cas : L'enfant est né à terme, de parents bien portants. Pas de syphilis. Il n'a jamais eu de convulsions en bas-âge. Au début (décembre 1903), il avait une crise tous les deux ou trois jours, puis elles s'espacèrent sous l'effet du bromure qu'on lui ordonna à raison d'un, puis de deux grammes par jour. Il y eut un arrêt pendant six semaines. On voulut diminuer un peu la dose en avril 1904 et l'enfant tomba tout à coup en *état de mal* (30 crises subintrantes en un jour, avec perte de connaissance complète entre les accès), qui fit porter un pronostic très sévère. Depuis ce jour il eut presque chaque semaine 3 ou 4 crises (et très souvent 2 ou 3 le même jour) survenant pendant la journée, souvent le matin au réveil, jamais la nuit, et cela malgré une dose quotidienne de 2 grammes de bromure combinée à l'hypochloruration. Il s'agissait, on le voit, d'un cas d'épilepsie extrêmement sérieux. La cessation des crises coïncida avec l'institution du traitement bromuré selon la méthode de Gilles de la Tourette, c'est-à-dire que le bromure fut donné *à doses croissantes, suivant un cycle de trois semaines*[1], la dose minima étant de 2 grammes, la dose maxima de 4 grammes. L'enfant en a donc pris 2 grammes par jour pendant une semaine, 3 grammes par jour pendant une seconde semaine, 4 grammes par jour pendant une troisième semaine, puis il recommence par 2 grammes. Ces quantités sont échelonnées sur 24 heures et absorbées avec une grande quantité de liquide.

Il est essentiel de ne pas redescendre de 4 grammes à 3 et de 3 à 2, comme on le voit faire quelquefois, sous peine de voir les crises reparaître. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, il est sans danger de passer brusquement de 4 à 2 grammes, l'expérience clinique ayant

[1] Voir *Semaine méd.*, 1900, p. 331.

Digitized by Google

montré que, pendant toute la semaine où le malade prend 2 grammes, il reste sous l'influence des 4 grammes de la semaine précédente ; puis, au moment où cette influence faiblit (vers la fin de la semaine), on remonte à 3 grammes, puis à 4 et ainsi de suite. Cette dose maxima de 4 grammes, qui peut paraître énorme chez un enfant de 6 ans — surtout associée au régime déchloruré — a été parfaitement tolérée. Du reste il est peu probable qu'une dose moindre eût donné un résultat dans ce cas. Au début l'enfant était un peu somnolent pendant la semaine des 4 grammes, mais cela n'a pas duré au delà du premier mois de traitement. Bien au contraire, son intelligence, qui était fort retardée et obnubilée, s'est considérablement développée cette année malgré cette dose, ou peut-être à cause de cette dose élevée de bromure. Comme régime, l'enfant prend un litre de lait par jour, de la viande et des légumes apprêtés sans sel, des fruits cuits, du pain ordinaire. C'est donc un régime hypochloruré modéré ; il n'est pas nécessaire de le pousser jusqu'à l'extrême limite de 2 à 3 grammes de chlorure (ration d'entretien des physiologistes). Depuis deux mois (mai 1906), devant le succès obtenu pendant une année, la dose de bromure a été abaissée à 1 gr. 50, 2 gr. 50 et 3 gr. 50. Dans six mois, si tout va bien, on l'abaissera à 1, 2 et 3 grammes. On donnera encore cette dose pendant un an avant de songer à une nouvelle diminution. Il faut être extrêmement prudent dans la diminution des doses et ne pas craindre en face d'une maladie contre laquelle on est si peu armé, les fortes doses de bromure. On n'obtient de résultat qu'à ce prix.

M. G. Audeoud signale un fait analogue qu'il a observé avec M. Long. Il s'agit d'un épileptique gravement atteint qui depuis 4 ans n'a plus eu de crises grâce au bromure. Il en prend 2 à 2 1/4 grammes par jour. Un seul quart de gramme de bromure en moins a une influence manifeste sur son état.

M. H. Audeoud a soigné l'enfant qui a fait l'objet de la communication de M. Pallard, alors qu'il était en état de mal depuis 36 heures. Le cas paraissait désespéré.

M. H. Maillart a fait cesser les crises chez un épileptique de 20 ans par le simple régime hypochloruré sans bromuration.

M. Huguenin présente des pièces démontrant la *pathohénie de la tuberculose miliaire aiguë généralisée.*

Cette maladie ne s'explique que par la présence d'un grand nombre de bacilles de Koch dans le sang. Il faut admettre que ceux-ci y parviennent par irruption brusque, parce qu'il n'y a jamais pullulation dans le torrent circulatoire. D'après nos connaissances actuelles nous ne pouvons nous expliquer cette irruption que par ulcération de tubercules des troncs veineux et artériels et du canal thoracique. La tuberculose des artères est rare, celle du canal thoracique est plus fréquente, mais celle des veines se rencontre dans le 90 % des cas de tuberculose miliaire généralisée et cette tuberculose veineuse ulcérée se trouve presque toujours

Digitized by Google

dans les veines pulmonaires. Le tubercule veineux est miliaire ou conglomeré. Le tubercule conglomeré siège presque toujours à la bifurcation des vaisseaux, il se présente sous forme d'une masse jaunâtre allongée et faisant légèrement saillie dans la lumière du vaisseau; celle-ci est à surface lisse avant l'ulcération puis irrégulière, rugueuse après l'ulcération. Le tubercule veineux est ou bien consécutif, par continuité, à un processus tuberculeux du voisinage, ou bien hématogène et autochtone.

M. Huguenin fait circuler des pièces provenant de quatre cas de tuberculose veineuse ; on y voit des tubercules de toutes les dimensions : du tubercule miliaire au grand tubercule mesurant 1 1/2 cm. de long, 3-4 mm. de largeur et 1 1/2 mm. de hauteur. On peut se rendre compte que les tubercules conglomérées sont quelquefois multiples dans le même poumon.

M. Huguenin montre encore un canal thoracique siège d'une tuberculose avec ulcération sur une hauteur de 10 cm. La tuberculose du canal thoracique dans le cas présent résultait de l'envahissement du canal par une tuberculose des ganglions péribronchiques. La tuberculose du canal thoracique occasionna une stase de la lymphe qui fut si forte qu'il y eut de la lymphorragie sur la première portion du jégunum et même un début d'ascite chyleuse.

La tuberculose du canal thoracique est connue depuis Andral et celle des veines a été découverte par Weigert en 1876. Cependant le rôle de ces lésions dans la genèse de la tuberculose miliaire est resté très peu connu.

A une question de M. Gautier, M. Huguenin répond que la tuberculose du canal thoracique et la tuberculose veineuse n'expliquent que la généralisation miliaire aiguë ; la genèse des granulations tuberculeuses atteignant une séreuse isolée n'est point encore parfaitement connue.

La tuberculose des veines et celle du canal thoracique ne sont jamais primitives, elles sont toujours consécutives à d'autres foyers.

M. Mallet annonce l'ouverture depuis le 1er mai 1906 du *dispensaire antituberculeux*. Les consultations ont lieu à la Policlinique médicale les lundis, mercredis et vendredis à 1 h. 1/2 et au dispensaire des médecins les mardis, jeudis et samedis à la même heure. Les malades y reçoivent des crachoirs et des instructions imprimées. Ils y sont pesés régulièrement et y reçoivent des bons de suralimentation. Ils mettent leur linge sale dans des sacs qui sont désinfectés et blanchis une fois par mois.

Depuis l'ouverture 108 malades ont été assistés par le dispensaire.

M. Gautier, à propos de la lutte contre la tuberculose, s'élève véhémentement contre la manière dont sont pratiquées les désinfections. Il est nécessaire de faire les choses plus sérieusement. Ce qu'on dépensera de cette façon se retrouvera et bien au-delà par la diminution des malades improductifs et assistés. Genève a tout ce qu'il faut pour être salubre : l'alimentation, le climat, les salaires, l'absence de grande industrie; et Genève est au dernier rang des villes suisses, presque au niveau de Paris au point de vue de la mortalite tuberculeuse.

Digitized by Google

M. Claparède demande si les statistiques ne peuvent être faussées par le fait des Savoyards venant mourir à l'Hôpital et quelles sont les mesures préconisées par M. Gautier.

M. Gautier répond que pour entrer à l'Hôpital quand on est atteint d'une maladie chronique, il faut habiter le canton. Il ne veut pas entrer dans le détail des procédés de désinfection. Le nettoyage par aspiration serait recommandable.

M. de Seigneux croit que le manque de soleil et d'air, dans beaucoup de logements, même dans les maisons récemment construites, a une importance de premier ordre.

M. Jeanneret demande un enseignement anti-tuberculeux à côté de l'enseignement anti-alcoolique.

M. Bourdillon loue les médecins fondateurs du dispensaire.

M. Maillart : Les statistiques par profession ne veulent pas dire grand'chose. Il règne dans la classe pauvre une sombre égalité à l'égard de la tuberculose. La loi de 1895 a été tellement amendée par les entrepreneurs et les partisans de la propriété individuelle intangible qu'elle en est devenue déplorable. Elle permet les rues étroites, les maisons hautes, les courettes, les alcôves, etc. L'enquête sur les logements proposée il y a quelques années a été refusée faute d'argent. Les Savoyards mourant à l'hôpital ne sont pas comptés dans les statistiques. L'enseignement anti-tuberculeux est organisé en Angleterre et au Canada.

M. Mallet préconise les casiers sanitaires des maisons tels qu'ils sont utilisés dans d'autres villes.

A des demandes de MM. Nicati et Picot, MM. Mallet et Maillart répondent : 1° que le médecin désireux de suivre un malade, le peut, tout en faisant profiter celui-ci des bons de nourriture, etc. fournis par le dispensaire. 2° que si un tuberculeux entre dans un établissement hospitalier, il n'y a qu'à le signaler pour que le dispensaire s'occupe de la désinfection domiciliaire.

M. Bourdillon propose l'ordre du jour suivant, voté à l'unanimité :

« La Société médicale estime que la fondation à Genève d'un dispen-
« saire anti-tuberculeux répond à un besoin véritable, vu la haute
« mortalité tuberculeuse constatée à Genève. Elle félicite les membres
« fondateurs de ce dispensaire de leur généreuse initiative et espère que
« comme ailleurs le dispensaire contribuera à abaissser la mortalité
« tuberculeuse ».

M. Andreae annonce que le sérum Béraneck est dans le commerce et que beaucoup de cliniciens parmi les plus pondérés s'en sont loués. Il propose l'emploi et l'efficacité de ce sérum comme sujet de discussion pour la prochaine réunion d'Ouchy.

M. Gautier a expérimenté la tuberculine Béraneck le premier à Genève. Sur cinq cas il a eu une amélioration inespérée ; c'est malheureusement un traitement très long.

M. H. Audeoud cite quelques médecins de Leysin qui se sont très bien trouvés de cette médication. *Le vice-secrétaire :* Dr M. Roch.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

LEGRAIN, médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine. — Eléments de médecine mentale appliqués à l'étude du droit, avec une préface de M. GARÇON, professeur à la Faculté de Droit de l'Université de Paris; un vol. in-8° de 447 p. avec tableaux et graphiques, Paris, 1906. Rousseau.

Nous recommandons instamment la lecture de ce livre et l'effort fait par l'auteur pour amener les juristes aux études psychopathologiques, à toutes les personnes qui s'intéressent aux rapports de la criminalité avec les anomalies mentales, ainsi qu'à la question de l'alcoolisme. M. Legrain est spécialiste sur cette dernière question qu'il étudie depuis de nombreuses années, de sorte qu'il a pu comparer l'alcoolisme avec l'aliénation mentale dans sa carrière d'aliéniste. A l'aide de nombreux faits, de graphiques extrêmement suggestifs, etc., il montre clairement et nettement que tout alcoolique est un malade, par intoxication cérébrale, et que, moins l'intoxication, il en est de même du criminel récidiviste, dont si souvent la vie se passe à moitié au pénitencier et à l'asile des fous.

De même que M. Garçon dans sa préface, M. Legrain demande que les juristes se mettent enfin à l'étude de la psychologie et de la « clinique des criminels ». Qu'on me passe cette expression qui exprime en deux mots notre desideratum. Il y a plus de vingt ans que je réclame l'étude de la psychologie normale et pathologique par l'expérience et l'observation pour les médecins et les juristes, ainsi qu'un stage d'étude des délinquants pour ces derniers[1], et qu'en même temps je m'efforce de prouver par les faits qu'il n'existe pas de limite entre l'aliéné et l'homme normal qu'on prétend responsable.

M. Legrain s'attaque, de même que M. Garçon dans sa préface, à la notion de la responsabilité limitée qu'il déclare erronée, parce qu'elle conduit à des demi-mesures. Je suis d'accord avec lui sur les faits, mais nous ne nous entendons pas sur les termes, et l'on me permettra de remettre ici les choses au point. Je suis parfaitement de l'avis de nos deux auteurs, lorsqu'ils disent que la traduction de la responsabilité limitée par une atténuation de la peine est une absurdité. C'est ce que je me suis évertué de prouver dans les travaux indiqués ci-dessus et ailleurs encore. J'ai montré clairement que les gens dits à responsabilité limitée constituent précisément les criminels les plus dangereux. Il y a

[1] Voir: FOREL, Warum, wann und wie sperrt man Menschen in Irrenanstalten ein? Geistesstörung, Gesetz, Moral und Strafanstalten. Rapport de la *Société de patronage des aliénés à Zurich* pour 1884. — Zwei criminalpsychologische Fälle, *Zeitschrift für Schweizer. Strafrecht*, 1889; — FOREL et MAHAIM, Crimes et anomalies mentales constitutionnelles, Genève, Kündig 1902, etc.

Digitized by Google

là un cercle vicieux et un dilemme dont jamais la jurisprudence pénale ne pourra se sortir, tant qu'elle demeurera emprisonnée dans ses vieilles notions fossiles sur la nature de la responsabilité humaine.

Toute la difficulté git donc dans la définition de la notion de responsabilité, et c'est ce que j'ai tâché de montrer dans mon travail sur la responsabilité de l'homme normal[1]. L'illusion du libre arbitre, a dit Spinoza, repose sur l'ignorance des motifs qui nous font agir. Ces motifs constituent un énorme ensemble d'énergies subconscientes, d'émotions et de souvenirs subconscients renfermés dans notre cerveau et qui déterminent nos résolutions à notre insu. Le sentiment du devoir, c'est-à-dire la conscience morale, d'où découle seul le sentiment de la responsabilité, n'est lui-même qu'un instinct plus ou moins développé et développable selon les individus, instinct dont l'origine n'est pas difficile à découvrir. A sa base se trouvent les sentiments de sympathie pour d'autres êtres et leur antagonisme avec les sentiments égoïstes de la conservation du moi. De ce conflit de sentiments, naît le sentiment pénible du devoir non rempli, sentiment qu'on retrouve déjà chez certains animaux et qui est celui de la conscience morale. Combiné à un haut développement de l'intelligence, qui vient régler et compliquer chez l'homme ses poussées instinctives, ce sentiment fournit les bases de l'éthique.

Il résulte de ces considérations sommaires que la responsabilité d'un homme dépend à la fois du développement de son intelligence et de celui de sa conscience morale ou de son instinct social et altruiste, ce qui revient au même. Or ce développement dépend en partie du caractère hérité et en partie de l'éducation ou influence du milieu. Plus un homme est capable de s'adapter d'une façon adéquate au milieu humain dans lequel il vit et plus il est doué de sens moral, plus il est responsable et plus il se sent responsable.

Si l'on comprend la responsabilité comme je viens de la définir et non plus comme l'effluve d'un libre arbitre qui n'existe pas, il va sans dire qu'il n'y a pas de limites entre la responsabilité relative, que seule la science moderne du cerveau peut admettre, et l'irresponsabilité absolue du fou complet. Or c'est précisément là ce que l'observation faite sans parti pris nous crie à haute voix.

M. Legrain a parfaitement raison quand il dit que les juristes ont une tendance à punir par l'expiation pénale tous les malades plus ou moins complets dont on déclare la responsabilité limitée. Mais c'est là une erreur des juristes et non une erreur de la science.

Ce qu'il faut changer, c'est le but et la qualité de la « peine », sa définition et celle de la responsabilité. Alors on comprendra que tout ce qui, dans le cerveau, vient pousser au crime est dû, non à une volonté libre, mais à un concours de causes internes et externes, et fort souvent aux effets de maladies ou de déviations héréditaires de cet organe suprême

[1] Ueber die Zurechnungsfahigkeit des normalen Menschen. Munich 1901, Reinhardt.

Digitized by Google

de l'homme. On ne punira plus pour venger la société, ni pour faire expier ses méfaits au coupable, mais simplement pour guérir des malades et pour protéger la société contre les excroissances dangereuses de cerveaux anormaux. On remontera surtout aux sources du mal, pour empêcher d'un côté ce qui invite au crime (causes externes) et de l'autre la production de cerveaux anormaux toujours plus nombreux [1].

Dans sa préface, M. Garçon exprime la crainte que les aliénistes ne veuillent enfermer toute sorte de gens sous prétexte qu'ils ne sont pas tout à fait normaux. Qu'il se rassure, et qu'il aille étudier la question de près par l'observation et l'expérience, comme il le demande du reste lui-même. Il verra alors au contraire, que les aliénistes sont des gens qui désirent donner le plus de liberté possible aux hommes qui ne sont pas tout à fait dangereux, mais qu'ils protestent avec raison contre l'ignorance et la lâcheté de ceux qui veulent toujours laisser courir les êtres les plus malfaisants et les plus dangereux, qui s'aplatissent par exemple devant les malfaiteurs sociaux producteurs de l'alcoolisme, tandis que d'autre part ils crient « haro sur le baudet » et enferment en masse dans de grandes casernes une foule de déments innocents.

Qu'on lise attentivement la documentation si honnête et si instructive du livre de M. Legrain ; on y trouvera la preuve de ce que j'avance et la confirmation des vues que j'ai énoncées depuis longtemps. Je lui abandonnerai avec plaisir la notion de responsabilité limitée, s'il trouve un terme plus propre pour désigner les tares de caractère caractérisant les cerveaux de mauvaise qualité qui, sans être aliénés à proprement parler, ne sont pas entièrement normaux et qui surtout sont incapables de s'adapter suffisamment aux nécessités sociales.

Dans le domaine des intoxications il en est de même ; il n'y a pas plus de limite entre la légère gaîté du vin et l'ivresse complète, qu'entre l'alcoolisme le plus léger et le plus grave. Tous ces états sont anormaux et par là maladifs. On guérira l'alcoolique criminel, non par la prison, mais par l'asile pour alcoolisés. Or, il va sans dire, disons-le pour tranquiliser M. Garçon et les juristes, que personne ne pense à agir ainsi sans d'excellentes raisons et sans de parfaites garanties pour les droits d'une liberté individuelle bien comprise. Pareille liberté n'est néanmoins pas celle d'enchaîner sa propre liberté par l'alcoolisme, ni celle de léser les autres. Ce que je ne puis accorder à M. Legrain, c'est qu'il existe une limite tranchée entre l'homme sensé normal et les formes les plus légères des anomalies de caractères (anomalies mentales héréditaires) ou entre cet homme et les formes les plus légères de l'alcoolisme.

Dr Aug. Forel
Ancien Prof. de l'Université de Zurich.

[1] Voir : Forel. La Question sexuelle, Paris 1906, Steinheil.

Digitized by Google

J. Dejerine. — L'aphasie sensorielle et l'aphasie motrice. *Presse médicale* Juillet 1906. Tirage à part, Masson & Cie, Paris 1906.

Dans un récent travail publié dans la *Semaine médicale* (mai 1906) M. Pierre Marie met en doute les notions généralement admises sur les diverses formes de l'aphasie. En résumé tout aphasique serait pour lui un être à intelligence affaiblie, le sensoriel comme le moteur, mais le sensoriel ayant son noyau lenticulaire intact, parle en jargonophasique ou en paraphasique, tandis que le moteur ayant ce noyau détruit ne peut plus parler.

M. Dejerine, après avoir fait un résumé historique de la question de l'aphasie, démontre en analysant de nombreux faits, combien les opinions émises par M. Marie sont erronées : Si les idées de Pierre Marie sont exactes, dit-il, nous nous trouvons ramenés à plus de quatre-vingts ans en arrière, avant 1825, époque où Bouillaud établissait une distinction tranchée entre l'aphasique proprement dit et le paralytique des organes de la parole. Pour M. Dejerine la doctrine de l'aphasie motrice et de l'aphasie sensorielle repose contrairement à ce qu'admet M. Pierre Marie sur une base solide consacrée par le temps et que les critiques de ce dernier ne réussiront pas à ébranler. Quand, dans les diverses formes de l'aphasie, se montrent des troubles de l'intelligence, ce qui n'est point un phénomène constant, ces troubles n'ont absolument rien à voir avec la symptomatologie présentée par les malades et dans l'aphasie de Broca les troubles n'ont aucune espèce de rapport avec l'anarthrie. L'aphasique moteur n'est pas un pseudo-bulbaire, et le pseudo-bulbaire n'est pas un aphasique moteur.

On trouvera dans le mémoire de M. Dejerine une défense magistrale des connaissances généralement admises relativement à la symptomatologie de l'aphasie et de ses diverses formes. J.-L. P.

—

J. Dejerine et E. Gauchler. — Les faux gastropathes. Leur diagnostic et leur traitement. *Presse médicale*, mars 1906. Tirage à part. Masson & Cie, Paris 1906.

Ce travail a pour but de montrer comment s'établissent fréquemment chez les neurasthéniques les phobies de l'estomac, ainsi que les troubles dyspeptiques simples et les pseudo-gastropathies fonctionnelles. Ces divers troubles fonctionnels, souvent entretenus par des traitements intempestifs qui ne font que les exagérer et les prolonger, cèdent à la psychothérapie rationnellement instituée et souvent associée à l'isolement du malade. Comme M. Dejerine l'a montré, cet isolement peut s'effectuer dans le lit d'hôpital entouré de rideaux, vers lequel seuls ont accès pendant les premiers temps du traitement ceux qui sont chargés du soin des malades. Neuf observations détaillées sont publiées comme preuves des affirmations des auteurs. J.-L. P.

—

Digitized by Google

J. Dejerine et G. Roussy. — Le syndrôme thalamique. *Revue de neurologie* n° 12, 30 juin 1906.

En analysant quelques observations personnelles et les rapprochant des faits dûs à Thomas et Chiray, Dide et Durocher, Long, Bourdon et Dide, etc., MM. Dejerine et Roussy exposent en les résumant les symptômes qui permettent de diagnostiquer une lésion de la couche optique. Ce sont : 1° Une hémiplégie légère habituellement sans contracture et rapidement régressive. 2° Une hémianesthésie superficielle persistante à caractères organiques, pouvant être dans certains cas, remplacée par de l'hypéresthésie cutanée, mais s'accompagnant toujours de troubles marqués et persistants des sensibilités profondes. 3° De l'hémiataxie légère et de l'astéréognosie plus ou moins complète. Il s'y ajoute ordinairement : 4° Des douleurs vives du côté hémiphlégié, persistantes, paroxystiques, souvent intolérables et ne cédant à aucun traitement analgésique. 5° Des mouvements choréo-athétosiques dans les membres du côté paralysé.

Les cas que nous avons étudiés et que nous rapportons dans cet article, disent les auteurs, nous permettent d'ajouter que, lorsque la lésion siège dans le noyau externe (partie externe et postérieure) en empiétant sur les noyaux interne et médian du thalamus, et qu'elle n'intéresse qu'une partie des fibres du segment postérieur de la capsule interne, se trouve réalisé le tableau clinique du syndrôme thalamique.

J.-L. P.

VARIÉTÉS

Compte rendu sur la jurisprudence et la littérature médicale spéciales aux accidents du travail.

Le delirium tremens

Les cas de délire alcoolique, survenant à la suite d'un accident du travail, ne sont pas toujours faciles à interpréter, soit au point de vue médical, soit surtout au point de vue juridique ; et cela parce qu'ils soulèvent une fois de plus la question si complexe de l'aggravation des blessures accidentelles par un état morbide antérieur, question qui a déjà fait couler des flots d'encre et qui est diversement résolue par les tribunaux des pays qui nous entourent.

Ces cas présentent, cependant, quelques particularités intéressantes au point de vue spécial qui nous occupe. Je vais tenter de les préciser.

Tout d'abord — et pour justifier l'attention qu'on y prête — il faut dire que le delirium tremens est une complication, en somme, assez fréquente des blessures et des inflammations.

Digitized by Google

Friedrich, sur un total de 11.926 cas, l'a observée 215 fois, soit le 1,8 %. Ajoutons qu'elle est fort grave, puisqu'elle comporte une mortalité de 19 %.

On est en droit, je crois, de déclarer, que toute blessure, si minime soit-elle, peut, chez un individu saturé d'alcool, provoquer le délire en question.

On pourrait analyser davantage les faits et se demander si c'est bien la blessure elle-même qui a pour conséquence l'apparition de cette complication, ou si ce ne sont pas surtout les circonstances diverses qui accompagnent en général un accident du travail : séjour au lit, changement de régime, diminution ou suppression de la boisson, etc.

Il est incontestable que l'on peut bien souvent prévenir ou suspendre un accès de delirium tremens chez un individu atteint d'une fracture de jambe, par exemple, en appliquant sur la lésion un appareil spécial qui permettra au malade de marcher pendant la durée de la guérison et dès le début de la maladie.

Mais, au point de vue qui nous occupe, cela n'a pas d'importance. Que l'accès soit la conséquence immédiate ou médiate de l'accident, il suffit de prouver qu'il est en relation de causalité avec lui pour que le patron en soit responsable dans une mesure qu'il reste à déterminer.

Il semble bien, après tout cela, qu'il soit permis d'établir la plupart du temps, une relation de cause à effet entre un accident et un délire alcoolique survenant quelques jours plus tard.

On connait bien des cas où l'accès de delirium est survenu sans cause apparente, mais qui pourrait prétendre que, chez un ouvrier qui s'est cassé la jambe au cours de son travail et qui a contracté un delirium tremens mortel quatre jours plus tard à l'hôpital, l'accident n'ait exercé aucune influence sur l'apparition de cette redoutable complication ? Les faits de ce genre sont si nombreux que le doute parait impossible.

Et pourtant, c'est ce qu'a affirmé, il n'y a pas longtemps, un honorable confrère de Roubaix, dans le cas suivant, tout-à-fait analogue :

Un ouvrier de 42 ans, porteur de bière, se casse la jambe au tiers inférieur, le 19 juillet 1905, au cours de son travail. Il meurt le 23 juillet de delirium à l'hôpital. Le tribunal de première instance de Lille a débouté sa veuve de sa demande d'indemnité, parce qu'elle n'apportait pas la preuve d'une relation de cause à effet entre l'accident et la mort de son mari. Le certificat médical qui servit de base à ce jugement spécifiait que « M. est mort d'un accès de delirium tremens dû à son état d'alcoolisme chronique, qui ne saurait, à aucun point de vue être considéré comme une suite directe et immédiate de l'accident ». La cour d'appel de Douai confirma ce verdict le 25 avril 1906, « attendu que si on peut présumer que la blessure dont M. a été atteint a pu exercer une influence pathologique sur l'évolution de la maladie dont il est mort, aucune constatation ou observation n'établit que l'accident a eu l'effet qu'on est porté de lui attribuer ; attendu que l'appelante devrait justifier soit que la fracture de la jambe a

Digitized by Google

été la cause directe de la mort, soit qu'elle a contribué à accélérer le dénouement fatal ; qu'elle ne rapporte aucune preuve, si faible soit elle... »

J'avoue que, pour ma part, je n'aurais pas hésité à déclarer que la fracture de jambe a contribué à accélérer le dénouement fatal.

On voit donc que l'accord n'est pas encore fait parmi les médecins sur ce point, au plus grand préjudice de l'exercice de la justice.

En Allemagne, la jurisprudence de l'office impérial a permis de fixer les conditions dans lesquelles un accès de delirium peut être envisagé comme conséquence d'un accident et être justiciable d'une indemnité.

« Le delirium doit survenir dans les premiers jours après l'accident et, en tout cas, pendant que le malade est encore au lit. De fortes hémorragies, une suppuration abondante et une fièvre élevée, dépendant directement de la blessure, augmentent le degré de probabilité en faveur d'un rapport de causalité entre la blessure et le delirium ».

D'autre part, ce rapport est écarté « quand le delirium est apparu à un moment où le blessé sortait déjà du lit. Le fait que la victime était un buveur avéré, qu'elle avait déjà eu des accès de délire alcoolique, même sans blessure extérieure, ce fait constitue une circonstance aggradante pour l'ouvrier » (Kaufmann).

Passons maintenant au mode d'appréciation des tribunaux sur l'alcoolisme chronique, au point de vue des responsabilités respectives du patron et de l'ouvrier.

Si l'on prend comme exemple le cas de la fracture de jambe cité plus haut, on se trouve en présence de trois manières de le concevoir :

1° *Le patron n'est responsable que des conséquences de l'accident lui-même. Il n'aurait donc à indemniser la victime ou ses ayants droit que pour l'incapacité de travail qu'aurait entraînée la fracture chez un homme sain.*

2° *La conséquence finale de l'accident ayant été, en somme, la mort, le patron doit supporter toutes les conséquences de cet accident, qui a bien été la cause déterminante de l'issue fatale.*

3° *L'accident est admis comme cause indirecte de la mort, mais la responsabilité du patron sera réduite, eu égard au fait que la victime était prédisposée.*

La *première alternative* a été admise par certains tribunaux français ayant adopté les conclusions de M. Marvéjouls, rapporteur de la commission chargée d'élaborer la loi française sur les accidents du travail. Ces conclusions, qui ne font point partie de la loi, sont les suivantes : « seules sont justiciables d'une indemnité les conséquences directes et immédiates de l'accident ».

Cette opinion, on le voit, ne tient aucun compte de l'influence exercée par un état morbide antérieur de l'ouvrier sur les suites d'un accident ou vice-versa.

Elle part du principe que le patron n'ayant aucun pouvoir sur cet état antérieur, ne saurait être rendu responsable du rôle joué par lui dans la marche et la terminaison de la blessure.

Digitized by Google

Cette conception est trop exclusive, parce qu'elle attribue à l'accident la même valeur pour chaque individu. Or tel n'est pas le cas. La réaction individuelle d'une victime à une blessure est essentiellement variable, et l'on doit tenir compte de cette réaction dans l'appréciation du dommage final : aussi de nombreux juges ont-ils abandonné cette manière de voir pour se rallier à une opinion plus juste, celle du partage équitable des responsabilités.

Mentionnons en passant que certains tribunaux français ont adopté la *seconde alternative*, celle qui consiste à faire peser toutes les charges du dénouement final sur les épaules du patron.

« On ne saurait, dit un arrêt de la cour d'Orléans du 8 décembre 1900, considérer comme inexcusable la faute de l'ouvrier qui, par un usage quelque peu immodéré du vin et d'autres boissons alcooliques, a, insensiblement et sans s'en douter lui-même et à l'insu de tous, contracté, à la longue, le germe latent d'une maladie susceptible d'aggraver les conséquences d'une chute accidentelle ».

Bien qu'il faille être indulgent à l'ouvrier qui ignore les conséquences possibles de ses excès de boisson, on ne saurait admettre ce point de vue. Pourquoi les tribunaux qui sont si sévères à l'ivresse aiguë — qui, à leurs yeux, est susceptible de décharger complètement le patron en cas d'accident du travail survenu chez un ouvrier en état d'ébriété — sont-ils si indulgents pour l'alcoolisme chronique ? Celui-ci n'est-il pas, le plus souvent, le résultat de la répétition plus ou moins fréquente de périodes d'ivresse aiguë ? Et puis, en adoptant cette manière de voir, on aboutirait à favoriser les prédisposés de toute sorte — et spécialement les prédisposés au delirium, qui sont des prédisposés volontaires — par rapport aux ouvriers sains et sobres.

Il ne suffit point, du reste, pour la justifier, de dire que, sans l'accident, l'ouvrier, même prédisposé, aurait pu ne pas tomber malade, vivre encore plus ou moins longtemps, car il est facile de répondre que, sans l'état de prédisposition du malade, la blessure eût évolué normalement.

Cette alternative ne parait donc pas soutenable.

Reste la dernière. Je ne saurais mieux en démontrer la justesse qu'en citant un arrêt du Tribunal fédéral du 7 avril 1897.

Voici les faits (ils se ressemblent tous) : Un homme de 40 ans, alcoolique, manœuvre, est victime d'une fracture de jambe au cours de son travail, en voulant prêter assistance à un de ses camarades. Transporté à l'hôpital, il est pris le lendemain d'une crise de delirium tremens ; quatre jours plus tard il contracte une pneumonie double et meurt vingt-quatre heures après, soit six jours après l'accident. Voici ce qui résulta de l'expertise médicale intervenue au cours du procès ; je transcris in extenso :

« La fracture du tibia et du péroné produite par l'accident n'était pas de nature à causer la mort. Celle-ci doit être attribuée à l'état d'alcoolisme du lésé. Dès le 7 juin le tremor apparut dans la nuque, puis dans les mains ; le 8, le delirium tremens se caractérise et il ne s'arrête que

Digitized by Google

quelques heures avant la mort. Dès le 11, la température s'élève (l'accident avait eu lieu le 6), une inflammation aiguë s'étant produite dans les deux poumons. Le delirium est la preuve absolue de l'intoxication alcoolique ; ce délire spécial est caractéristique de l'alcoolisme et ne se retrouve nulle part ailleurs. La pneumonie double indique par son siège, sa forme, son évolution et sa gravité, un état morbide antérieur ; souvent les alcooliques meurent ainsi. Le traumatisme, par simple choc ou par choc nerveux, a été le provocateur de la crise de delirium et de la pneumonie. B. était en état de saturation alcoolique latente ; la cause la plus banale eût put faire éclore des phénomènes qui, sans cela, eussent pu se produire plus tard, ou même jamais, si B. avait cessé de boire. La commotion, le changement de vie et de régime ont été l'occasion de l'évolution aiguë de l'alcoolisme ».

Le tribunal, au vu de ces conclusions, accorde à la veuve une indemnité. La somme à allouer aurait du atteindre 5266 fr. Mais elle est réduite de 20 %, parce que l'accident a été fortuit, et de 10 %, parce que la veuve a l'avantage de toucher un capital au lieu d'une rente. En outre « ce chiffre doit, subir une nouvelle et importante réduction par le motif que, vu l'état d'alcoolisme chronique dans lequel se trouvait B. à la suite de ses habitudes invétérées de boisson, la durée probable de sa vie et de sa capacité de travail doit être évaluée bien au-dessous de la moyenne. Il serait, en effet, contraire au droit comme à l'équité, de condamner le patron à une indemnité égale à celle qu'il doit payer en cas de décès d'un ouvrier valide et sain, alors que, dans le cas particulier, le décès doit être attribué, à n'en pas douter, et en première ligne, aux excès de la victime elle-même.

Or tel est le cas en l'espèce, puisque le rapport médical, très affirmatif sur ce point, admet comme certain que l'accident survenu à B. aurait entrainé seulement une incapacité de travail de trois mois au maximum, sans les complications dont son état d'alcoolisme chronique, engendré par ses excès de boisson, a été l'unique cause. Si l'on considère que, dans le cours ordinaire des choses, cet état de saturation alcoolique latente, qui bien certainement, n'aurait pu que s'aggraver encore, exposait B. à une mort prématurée, et que sa capacité de travail aurait été en tous cas, sinon supprimée, tout au moins considérablement diminuée au bout de très peu d'années, la réduction d'un tiers environ de l'indemnité normale, opérée de ce chef par la cour cantonale apparait comme insuffisante. Il convient dès lors de la majorer dans une notable proportion et de réduire à la somme de 1600 fr. le montant de l'indemnité dûe à la demanderesse ».

Cet arrêt, équitable en tous points, fait ressortir à l'évidence toute la valeur que peut avoir l'action des tribunaux dans la lutte contre l'alcoolisme.

Dr Ch. Julliard.
Octobre 1906.

Digitized by Google

Société médicale de la Suisse romande. — La séance annuelle aura lieu à Ouchy, le jeudi **8 novembre** prochain (et non le 1, comme il avait été annoncé en premier lieu).

Collation à 10 heures; séance à 10 h. 30, dans laquelle après des communications de MM. Girard, Vulliet, Krafft, etc., une discussion sur les « dispensaires antituberculeux » sera introduite par MM. Mallet (Genève), Demiéville (Vaud) et Sandoz (Neuchâtel). A 1 h. clôture de la séance ; à 1 h. 30, banquet.

Les caissiers des Sociétés cantonales sont priés d'apporter ou d'envoyer à Ouchy au Dr Gautier, le montant de la cotisation centrale pour 1906, soit 1 fr. par membre.

Les confrères du *Central Verein der deutsche-schweizerischen Aerzte* et de la *Societa medica della Swizzera italiana* sont cordialement conviés à cette séance.

Le Comité.

Caisse de secours des médecins suisses. — Dons reçus en Août et en Septembre 1906.

Argovie. — Dr W. Jann, fr. 15, (15+465=480).
Bâle-Ville. — Dr X. Y., fr. 49.20, (49.20+970=1019.20).
Berne. — Dr Dubois, prof., fr. 50, (50+1065=1115).
Grisons. — Dr F. Merz, fr. 10, (10+560=570).
Tessin. — Dr A. Pelli, fr. 20, (20+60=80).
Zurich. — Dr Engster, fr. 10, (10+1200=1210).

Ensemble, fr. 154.20; Dons précédents de 1906, fr. 8529; Total, fr. 8683.20

Bâle, 1 Octobre 1906. *Le Caissier :* Dr P. Von der Mühll
Aeschengraben, 20

OUVRAGES REÇUS — Ivan Golosmanoff. — Helminthes intestinaux de l'homme ; leur fréquence dans le canton de Vaud ; manifestations pathologiques dues à leur présence ; broch. in 8° de 52 p. avec 7 fig., *Thèse de Lausanne* 1905.

Ch. Armand et J. Bertier. — Du danger des vapeurs chloroxycarboniques dans la chloroformisation ; 9 p. in 8° ext. de la *Revue de chirurgie*, 10 juillet 1905.

Naegeli-Akerblom. — Nihil novi sub sole! — Hintere Tamponade beim Nasenbluten. — Pyrenol, *Therapeutische Monatshefte*, juin et juillet 1906.

M. Dide. — Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés. Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XVIe session : broch. in 8° de 182 p., Lille 1906, Le Bigot frères.

A. Léry. — Le cerveau sénile ; Rapport au même Congrès ; broch. in 8° de 186 p., Lille 1906, Le Bigot frères.

L'œuvre médico-chirurgicale, n° 46; A. Lesage, Les gastro-entérites des nourrissons, étude clinique ; broch. in 8° de 40 p. Paris 1906, Masson et Cie.

Genève. — Société générale d'imprimerie, Pélisserie, 18.

Digitized by Google

XXVIe ANNEE. — N° 11. 20 NOVEMBRE 1906.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques considérations à propos de la fièvre dite « de grossesse »

par le Dr René Kœnig
Privat-Docent, remplaçant de M. le Prof. Jentzer

(Travail de la Clinique gynécologique et obstétricale de Genève. Prof. Jentzer)

Longtemps, l'existence de la fièvre dite « de grossesse » a passé pour un dogme inattaquable. Dans leur Traité de l'art des accouchements, Tarnier et Budin affirment la réalité de cette affection, « tout en admettant que ses symptômes, peu caractéristiques, aient été confondus avec ceux de la phthisie pulmonaire, ceux de la fièvre rémittente et de la fièvre typhoïde ». Ils appellent sur elle l'attention « dans l'espérance que sa symptomatologie, son diagnostic, son pronostic et son traitement seront élucidés avec le temps et grâce à de nouvelles observations ».

Quinze ans plus tard, en 1903, Pinard[1] constate que « aucun travail sérieux, se recommandant par la notoriété de l'auteur, n'a paru dans la littérature obstétricale depuis cette époque, aucune observation documentée n'a été produite, malgré l'appel de Tarnier et Budin. Aucune observation n'a été donnée pour cette raison bien simple, c'est que la fièvre propre aux femmes enceintes n'existe pas. »

Je m'empresse d'ajouter que ceci semble être actuellement l'opinion générale ; et on chercherait en vain dans le Manuel pratique d'accouchements de Budin et Demelin (1904) une

[1] De la fièvre de grossesse, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mars 1903.

Digitized by Google

mention de la fièvre propre aux femmes enceintes. En effet, il est difficile de concevoir qu'à l'heure actuelle un médecin averti puisse admettre l'existence d'une fièvre « essentielle » de la grossesse, c'est-à-dire d'une fièvre due purement et simplement à l'état de grossesse — de grossesse normale, bien entendu. Comment se fait-il que l'hypothèse d'une « fièvre gravidique » ait pu se maintenir si longtemps ? Pinard l'a jugée bien enracinée, puisqu'il s'est cru obligé, avec l'autorité qu'on lui connaît, d'en démontrer récemment l'inanité d'une façon péremptoire et définitive. C'est que la grossesse complique singulièrement le diagnostic de certains états infectieux. Par commodité, pendant longtemps, on s'est contenté d'accoler l'étiquette de fièvre gravidique à tout état fébrile dont la cause n'apparaissait pas immédiatement. Ce n'est pas sans raison que Pinard insiste sur la nécessité qu'il y a de faire disparaître de la pathologie de la grossesse « une entité morbide entièrement scolastique qui n'a jamais servi qu'à masquer — je ne dis pas une erreur — mais une absence de diagnostic. En effet, la croyance à la réalité de la fièvre de grossesse empêchera de rechercher avec patience et ténacité la cause véritable d'un état fébrile chez une femme enceinte, et par cela même, de recourir à une thérapeutique éclairée et efficace. Inversement, la négation absolue de la fièvre de grossesse commandera l'analyse attentive et rigoureuse des symptômes cliniques chez toute femme enceinte présentant un état fébrile pendant la gestation ».

Cette analyse aura d'autant plus de chance d'aboutir à un résultat positif, qu'elle sera bien dirigée. Il y a quelques années, la pyélonéphrite de la grossesse était à peu près inconnue. Actuellement, son diagnostic n'offre plus de grandes difficultés, parce qu'on sait le rechercher.

Le but de ces lignes est précisément d'attirer l'attention sur quelques-unes des causes de la fièvre dite gravidique ; ce n'est pas une étude de la fièvre de la grossesse, ce sont simplement quelques considérations que je me permets de présenter ici.

Les infections qui donnent lieu pendant la grossesse à une hyperthermie sans cause apparente, peuvent se ranger en deux catégories :

1° Celles qui, comme par exemple la granulie, la dothiénentérie au début, produisent, en dehors de la grossesse aussi bien que pendant celle-ci, des élévations de température à cause

Digitized by Google

difficilement appréciable. Leur diagnostic peut être voilé par la présence d'un utérus gravide, surtout aux derniers mois, leur allure peut être modifiée par l'état gravidique, *leurs caractères ne changent pas*. Je ne m'en occuperai pas ici.

2° Celles qui subissent dans leur évolution, du fait même de la grossesse, des modifications profondes dont se ressentent sensiblement le diagnostic et le pronostic. Ce sont les véritables cas de fièvre « gravidique », ceux qui intéressent avant tout l'accoucheur. Les facteurs responsables de ces altérations, communs à tous les états pathologiques en question, sont :

a) La compression des viscères abdominaux par l'organe gestateur (influence indéniable dans les infections péritonéales, appendicites, annexites suppurées, pyélites, etc.).

b) Les modifications de l'appareil cardio-vasculaire propres à l'état gravidique : congestion veineuse, changements dans la composition du sang, l'innervation vasculaire, etc.

c) Les exigences imposées aux émonctoires maternels obligés d'éliminer les produits de désassimilation de deux organismes, facilement sujets par conséquent au surmenage.

d) La vulnérabilité de l'organisme maternel, en particulier de l'appareil génital, à l'égard d'infections locales (génitales) et générales.

Parmi les affections s'accompagnant d'hyperthermie pendant la puerpéralité, deux surtout, l'appendicite et la pyélonéphrite ont préoccupé l'accoucheur dans le cours des dernières années.

I. — *L'appendicite*

Depuis que l'appendice cæcal est devenu « gynécologique », les accoucheurs ont appris à s'intéresser à ses manifestations. Certes, l'appendicite a existé de tout temps pendant la grossesse, je n'en citerai comme preuve que le cas de mon ancien maître, le Prof. P. Müller, cité par moi[1], cas datant de 1887. Mais c'est en 1894 seulement que Munde[2] publiait le premier cas bien établi d'appendicite pendant la grossesse. En 1898, Fraenkel[3] recueillait 13 cas, Pinard[4] 40, moi-même, en 1899, je

[1] Appendicitis u. Geburtshülfe. *Hegar's Beiträge zur Geburtsh. u. Gynaecol.*, 1900, Bd III, Heft 1.

[2] *Medical Record*, déc. 1894.

[3] Die Appendicitis in ihren Beziehungen zur Geburtshilfe u. Gynaekologie. *Samml klin. Vortr.*, neue Folge n° 299.

[4] *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mai 1898, et Clinique obstétricale, p. 109.

Digitized by Google

pus en réunir à peu près 100[1]. Depuis, observations et mémoires se sont multipliés, et il n'y a guère d'accoucheur qui n'ait eu l'occasion de constater cette complication de la grossesse[2]. De tous les travaux parus, il se dégage les faits suivants :

L'appendicite est une complication relativement rare de la puerpéralité. Cependant, sa fréquence dépasse ce que l'on croit généralement, les cas légers échappant au diagnostic et passant pour des troubles banaux de grossesse ou de suites de couches, mais en tous cas la grossesse ne crée pas la prédisposition. Ainsi que je l'ai fait remarquer, rien ne prouve mieux que ce fait l'inanité de la théorie qui attribue à la coprostase, si habituelle pendant la gravidité, un rôle prépondérant dans l'étiologie de l'appendicite.

Il est probable[3] que la congestion intense causée dans l'abdomen par la gestation, a sur d'anciens résidus inflammatoires un effet résolutif analogue à celui que recherche le procédé bien connu de Bier. Peut-être même y a-t-il là une véritable mesure préventive. Les observations de plusieurs auteurs tendent à démontrer l'influence favorable qu'exerce la grossesse sur les formes légères d'appendicite.

Il est malheureusement beaucoup plus certain que la grossesse peut jouer un rôle néfaste, d'une part en réveillant le feu qui couve sous les cendres, d'autre part en exaltant le danger des formes graves, surtout après le quatrième mois. J'ai essayé de dégager les causes de cette aggravation[4] :

1° La dislocation du cæcum, mise en lumière par Füth[5] à l'aide de moulages très démonstratifs de la cavité péritonéale à différents âges de la grossesse, dislocation se faisant de bas en haut, de droite à gauche, vers la ligne médiane, et d'arrière en avant. C'est au quatrième mois que, refoulé par l'utérus, le cæcum commence son ascension qui entraîne l'appendice jusqu'au contact du rein, souvent du foie, vers la fin de la

[1] Loc. cit.

[2] Voir la discussion qui a eu lieu dans la séance de juillet dernier de la *Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse romande*, et publiée in-extenso dans le Bulletin de cette société.

[3] Voir : Boije, Ueber Appendicitis in Schwangerschaft, Geburtshilfe u. Wochenbett. *Mittheilungen aus der gynaekol. Klinik des Porf. Engström.* Helsingfors. Band V. 1-3, VI, 1-2. — Labhardt. Uber die Complication der Schwangerschaft mit Perityphlitis. *Münch. mediz. Woch.*, 1904, n° 6.

[4] R. Kœnig, Communication à la *Société d'obst. et de gyn. de la Suisse rom.*, Bulletin de jnillet 1906.

[5] Uber die Verlagerung des Cæcums während der Graviditât. *Arch. für Gynaek.*, Bd. 76, Heft 3, p. 527.

Digitized by Google

grossesse. De même, dès le quatrième mois, le petit bassin est comblé, le cul-de-sac de Douglas ne peut plus servir d'issue à une collection purulente d'origine appendiculaire. « Tant que le cæcum reste en place et que le Douglas est libre, l'influence de la grossesse est à peu près nulle. A partir du quatrième mois, toute affection de l'appendice évolue forcément d'emblée dans la grande cavité péritonéale, dès que les limites de l'organe sont franchies.[1] » Il en résulte, pour le pronostic, une très grande différence, selon qu'il s'agit d'une grossesse au début ou dans sa deuxième moitié. Tandis que, jusqu'à la fin du troisième mois, la mortalité est de 30 %, celle-ci monte à 59 % du quatrième au neuvième mois (statistique de Boije).

2° Le voisinage immédiat d'un organe aussi réceptif pour l'infection que l'utérus gravide ou puerpéral. De fait, la contamination de l'utérus par un foyer appendiculaire a été démontrée péremptoirement à différentes reprises, soit propagation directe par continuité soit transport par voie sanguine ou lymphatique. Il est important de savoir que l'infection utérine peut se faire pendant les suites de couches ; elle simule alors l'origine génitale d'une véritable fièvre puerpérale.

3° L'incertitude du diagnostic, rendue plus grande à mesure que la grossesse s'avance. Je reviendrai tout à l'heure sur ce point important.

Bien entendu, je suis loin de méconnaître l'importance énorme pour le pronostic des différentes formes que revêt l'appendicite. Le simple catarrhe de l'appendice guérit en dehors de la grossesse, et le sphacèle mène à la perforation, que la femme soit enceinte ou non. Mais, toutes choses égales, si je ne nie pas l'influence favorable de la congestion gravidique sur l'appendicite catarrhale, je suis convaincu que les causes précitées donnent aux formes graves une gravité exceptionnelle. La mortalité atteint en effet un degré considérable, d'après Pinard, 27 %, d'après Boije 52.3 % de tous les cas. Ma statistique personnelle porte sur six cas d'appendicite dûment constatée (je laisse de côté ceux dont la bénignité n'autorisait pas un diagnostic ferme). Cinq fois il s'agissait d'appendicite perforée. une fois au quatrième mois, deux fois au cinquième, une fois au sixième, une fois au terme de la grossesse. Une femme mourut, non opérée, de péritonite généralisée ; des quatre opé-

[1] R. Kœnig. *Soc. d'obst. et de gyn. de la Suisse rom.*, loc. cit.

Digitized by Google

rées, j'en perdis trois, également de péritonite généralisée. Le sixième cas concerne une femme accouchée à terme chez laquelle nous avions diagnostiqué une attaque pendant les suites de couches, attaque assez légère qui céda rapidement au traitement habituel. L'opération à froid pratiquée quelques semaines plus tard prouva la justesse de notre diagnostic. [1]

Jusqu'à présent nous ne nous sommes occupés que de la mère. Que devient l'enfant ?

La plupart des auteurs sont de l'avis de Pinard que « l'appendicite, survenant pendant la grossesse, interrompt le plus souvent celle-ci et menace aussi bien l'existence du fœtus que celle de la mère ». Même pour les fœtus viables, le pronostic est mauvais : d'après Jarca [2] leur mortalité atteint 51.7 %; ou bien ils sont expulsés mort, ou bien ils meurent au bout de quelques jours d'accidents septiques. Pinard [3] et Krönig [4] ont démontré l'infection intra-utérine du fœtus par la présence de colibacilles dans la veine ombilicale.

D'un autre côté, Fraenkel cite plusieurs cas où l'affection appendiculaire n'a pas empêché la grossesse d'évoluer à terme.

Je crois ce fait relativement fréquent dans les formes bénignes. Le pessimisme des statistiques est probablement exagéré, parce qu'elles ne contiennent guère que les cas graves. Il ne faut pas oublier que bien des cas légers ne parviennent pas à notre connaissance : ou bien ils passent entièrement inaperçus ou bien ils ne semblent pas dignes d'être communiqués. Cependant, en face d'une appendicite pendant la grossesse, nous n'oublierons jamais que deux existences sont en jeu.

Le *travail* amène fréquemment des accidents mortels. Les contractions utérines, celles des muscles abdominaux froissent les résidus inflammatoires d'une lésion antérieure, elles tiraillent des adhérences, et c'est précisément au moment de l'ac-

[1] Je viens d'observer un septième cas : Une primigeste, avec des antécédents appendiculaires bien nets, commence à « sentir » son appendice dans le deuxième mois de sa grossesse. Je pratique de suite l'ablation de l'appendice (23 octobre 1906). Guérison par première intention sans interruption de la grossesse. M. le Prof. Askanazy, reconnait à l'examen de l'organe enlevé qu'il s'agit d'une appendicite récente.

[2] Contribution à l'étude de l'appendicite pendant la grossesse et les suites de couches. *Thèse de Paris* 1898.

[3] Loc. cit.

[4] Bacteriologie der weiblichen Geschlechtsorgane,

Digitized by Google

couchement qu'on constate assez souvent le réveil d'un ancien foyer. Quand il existe un processus ulcéreux, la perforation est activée ; quand il y a collection purulente, dont l'utérus forme nécessairement l'une des parois, le déplacement de cet organe pendant les contractions et la diminution de son volume après l'expulsion de l'œuf, rendent presque inévitable une solution de continuité dans les enveloppes de l'abcès, partant l'inondation péritonéale. Un fait à noter, encore insuffisamment expliqué, mais bien connu, c'est l'accalmie qui survient généralement tout de suite après le travail. Les douleurs, très violentes avant et pendant l'accouchement, disparaissent, la fièvre diminue, l'état général est bon pendant plusieurs heures, voir un ou deux jours, puis apparaissent subitement les signes de la péritonite suraiguë (voir par exemple le cas III de mon mémoire).

Diagnostic. — De l'avis général, le diagnostic de l'appendicite, rarement facile pendant la grossesse, peut présenter des difficultés insurmontables. C'est, ainsi que je l'ai dit, ce qui contribue à en assombrir tellement le pronostic. Chez une femme enceinte, surtout si elle l'est pour la première fois, il est bien difficile de faire le départ entre les douleurs d'origine appendiculaire et celles qu'éveillent dans les flancs l'étirement du ligament large, du péritoine, la compression et le déplacement des organes par l'utérus. Et les signes physiques deviennent de plus en plus difficiles à percevoir à mesure que la grossesse avance. A partir du cinquième mois, le diagnostic autre que celui de probabilité est l'exception avant qu'il y ait exsudat ou péritonite. Il serait banal d'insister sur les signes ordinaires qui permettent de reconnaître l'appendicite au début : défense musculaire, sensibilité au niveau du point de Mac Burney (présente également, ainsi que nous le verrons, dans la pyélonéphrite de la grossesse) ou plus haut dans la seconde moitié de la grossesse, troubles intestinaux, hyperleucocytose, etc. Je ne puis malheureusement y ajouter de signe non équivoque, mais je suis convaincu que, une fois l'attention éveillée, le diagnostic se fera plus souvent que par le passé, parce qu'on y *pensera*. Je me bornerai à citer les affections qui sont le plus fréquemment confondues avec l'appendicite pendant la puerpéralité : 1) pyélite (voir plus loin) ; 2) grossesse tubaire ; 3) annexite, soit aiguë, soit ancienne, ayant donné lieu à des adhérences. 4) pendant les suites de couches : infection puerpérale. 5) plus rare-

Digitized by Google

ment : fièvre typhoïde[1], torsion du pédicule d'un petit kyste ovarique.

L'erreur inverse se produit : Quand on a observé coup sur coup quelques cas d'appendicite, comme cela nous est arrivé, et qu'on se reproche peut-être de n'être pas intervenu à temps, la hantise vous prend d'en faire le diagnostic et d'ouvrir le ventre dès que surviennent quelques symptômes suspects. De pareilles erreurs de diagnostic sont fréquentes : Chéron et Gonin[2], Brindeau[2], Porak et Bar[3], Tissier[3], Sippel[4], ont communiqué des cas de « pseudo-appendicite », d'obstruction intestinale, de constipation chronique ou simplement de symptômes appendiculaires sans cause, démontrés comme tels par l'opération ou l'autopsie. J'ai[5] moi-même pratiqué une laparotomie chez une femme enceinte à terme pour des symptômes qui me faisaient admettre une appendicite, (T. 39°6, P. 120, langue sèche, signes d'obstruction, douleurs nettement localisées dans la fosse iléo-cæcale). Or, il s'agissait d'un paquet de varices du ligament large et d'une infection intra-utérine à travers le col prolabé. D'un autre côté, une autre fois, de crainte de tomber dans l'excès de voir partout de l'appendicite, j'ai perdu une malade faute d'être intervenu à temps.

Traitement. — Les uns, comme Webster[6], Coe[6], ne considérant que la gravité de l'appendicite pendant la grossesse, préconisent d'une façon étendue l'opération à n'importe quel âge de la grossesse. D'autres, comme Boije. Treub[7], Stratz[7] conseillent d'envisager l'appendicite tout à fait indépendamment de la gravidité. Il me semble que l'on peut établir les distinctions suivantes :

1° *Si le diagnostic est ferme*, il n'y a pas lieu de s'écarter de la ligne de conduite adoptée généralement, c'est-à-dire : appendicectomie dans les premières 24 heures, plus rarement possible

[1] Le diagnostic différentiel peut être extrêmement difficile : en laparotomisant une femme enceinte à cause d'un exsudat dans le flanc droit, nous trouvâmes plusieurs perforations à l'emporte-pièce de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, ce qui nous fit à croire à une origine typhique. Le Widal fut négatif, et l'autopsie démontra l'existence d'une appendicite gangréneuse qui avait entraîné le sphacèle de la paroi intestinale. — Voir aussi : Lejars, Appendicite ou fièvre typhoïde. *Semaine médicale*, 1906. n° 44.

[2] Séances de la *Soc. d'obstétrique de Paris* du 20 mars 1902

[3] Séances de la même Soc. du 19 mars et du 23 avril 1903.

[4] *Centralbl. f. Gyn.*, 1905, p. 1126.

[5] Loc. cit.

[6] *Americ. Journ. of Surgery, Gynecol, and Obstetr*, I.

[7] Séance de la *Soc. de Gynéc. des Pays-Bas* du 11 décembre 1904.

Digitized by Google

encore que en dehors de la grossesse. Traitement médical, si le diagnostic n'est fait que plus tard. En général, il est préférable de remettre l'opération à « froid » après la grossesse, tout en surveillant de très près pendant toute la puerpéralité. Cependant, au début de la grossesse, je crois qu'il vaut mieux couper court aux risques d'une récidive au cinquième mois par une appendicectomie sitôt le refroidissement obtenu.

Incision dès que l'on constate une collection, sans se préoccuper de l'utérus, en évitant surtout de suivre la pratique préconisée par Marx[1], défendue récemment par Tissier et Lenormand[2], qui consiste à évacuer préliminairement l'utérus, pratique considérée avec raison comme pernicieuse par Pinard[3], Webster, Coe, Schaeffer[4], etc. En effet le déplacement de l'utérus menace de déchirer des adhérences protectrices, et en outre l'évacuation met à nu la muqueuse de l'utérus puerpéral, c'est-à-dire une plaie dont l'asepsie risque fort d'être compromise par un voisinage aussi dangereux. Au contraire, il faut par tous les moyens empêcher l'interruption de la grossesse.

2° Le diagnostic est *douteux*, ce qui est le cas le plus fréquent. C'est surtout alors que l'avis de Pinard me semble justifié : « L'appendicite pendant la grossesse doit être traitée chirurgicalement, plus rapidement que dans n'importe quel autre cas. » Sachant l'évolution rapide et la malignité qui caractérisent certaines formes d'appendicite pendant la grossesse, formes que rien ne permet de distinguer d'emblée d'autres, plus légères, nous nous résoudrons plus facilement qu'en dehors de la grossesse à ne pas attendre la confirmation de notre diagnostic, quitte à faire une fois ou l'autre une laparotomie « exploratrice ». Si une appendicite a précédé la grossesse, nous n'hésiterons pas à intervenir dès qu'apparaîtront les premiers signes d'une récidive. Si les symptômes surviennent vers la fin de la gestation, ne nous laissons pas leurrer par leur régression aussitôt après le travail. N'oublions pas que ce calme apparent est suivi d'une évolution d'autant plus rapide pendant les suites de couches.

Les *résultats de l'opération* (à chaud) sont encore assez mauvais : Pinard indique une mortalité de 33 % pour les cas opérés,

[1] *Americ. Journ. of Obstetr.*, 1893.
[2] *Soc. d'obst. de Paris*, séance du 16 novembre 1905.
[3] Loc. cit.
[4] *In :* v. Winckel, Handbuch der Geburtshülfe, II, 2, p. 1422.

Digitized by Google

25 % pour ceux de péritonite enkystée, 62 % pour ceux de péritonite généralisée, tandis que pour les péritonites généralisées non opérées la mortalité atteint 100 %. Monod[1] put sauver 11 % de ses opérées, toutes très gravement atteintes ; des non opérées 30 % moururent. Ce n'est évidemment que la précocité de l'intervention qui améliorera le pronostic de l'opération à chaud. On pourrait presque répéter ici le paradoxe formulé par Roux pour le cancer de l'estomac : une fois le diagnostic sûr, l'opération arrive trop tard.

Ce qui sera encore plus efficace que l'intervention, si précoce soit-elle, c'est la *prophylaxie :* Nous ne pouvons rien faire pour empêcher une première attaque d'appendicite, mais nous pouvons très bien éviter la seconde. Inutile d'insister sur la bénignité de l'opération à froid. La récidive, nous devons surtout en préserver la femme enceinte : défendons donc à une femme qui a eu une crise avérée de devenir enceinte avant d'avoir fait enlever son appendice.

II. — *Pyélonéphrite*

A côté de l'appendicite, la pyélonéphrite occupe une place prépondérante parmi les affections responsables de « fièvre gravidique ». Moins bruyante que la première, mais probablement plus fréquente, la pyélonéphrite a passé inaperçue plus longtemps : son étude systématique ne commence guère qu'avec Reblaud[2] en 1902. Depuis, elle a été fort bien étudiée par des auteurs de langue française, allemande et anglaise. Legueu[3] en fit le sujet d'un très brillant rapport au Congrès d'obstétrique et de pédiatrie de Rouen (1904), et plus récemment encore, Opitz[4] condensa dans un remarquable mémoire un exposé complet de la question.

Pathogénie: S'il est juste de dire avec Pinard[5] que « la grossesse ne crée pas plus la pyélonéphrite que la cystite » (pas plus d'ailleurs que l'appendicite), et que, par conséquent, il est inexact de parler de « pyélonéphrite gravidique », il n'en est pas moins vrai, de l'avis unanime des auteurs, que la grossesse constitue une cause prédisposante de premier ordre. Un fait

[1] *C. R. de la Soc. d'obst., de gyn. et de pédiatrie de Paris*, mai 1903.
[2] Cité d'après Legueu.
[3] *Annales de gynécol. et d'obst.*, avril 1904.
[4] *Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynaek.*, LV.
[5] Discussion suivant la lecture du rapport de Legueu.

Digitized by Google

domine la pathogénie de la pyélonéphrite, c'est la compression de l'uretère, connue depuis fort longtemps des anatomistes. Le mécanisme en est démontré en détail par Opitz : elle est due à une particularité topographique de l'uretère, marquée surtout à droite, qui fait que ce conduit est légèrement coudé à son point de croisement avec l'artère iliaque. A ce niveau, une pression relativement minime suffit pour en arrêter le péristaltisme. L'inclinaison de l'utérus à droite explique la prédominance de l'affection de l'uretère de ce côté : sur 70 cas de Legueu, 65 fois le côté droit, 5 fois seulement l'uretère gauche étaient atteints.

Pour Legueu, avec la majorité des auteurs français, l'infection se fait par la voie descendante ; se fondant sur les troubles gastro-intestinaux qui précèdent fréquemment la pyélonéphrite, et sur l'intégrité apparente de la vessie, ils admettent l'émigration du coli-bacille intestinal dans le sang et de là dans le rein, terrain bien préparé pour le recevoir, « mis en état d'opportunité morbide par l'uronéphrose consécutive à l'obstruction urétérale » (Legueu).

Cette hypothèse, rejetée par Pinard, est combattue vivement par Opitz, par des arguments théoriques aussi bien que dérivés de l'observation. Opitz part du fait que la vessie féminine, en particulier celle de la femme enceinte, héberge fréquemment des micro-organismes sans qu'un symptôme quelconque trahisse leur présence. Il est possible à l'observateur minutieux de suivre pour ainsi dire pas à pas l'ascension de ces germes ; il suffit que le mécanisme qui normalement protège l'uretère contre la pénétration des hôtes microbiens de la vessie, soit dérangé — ce qui arrive fréquemment du fait de la gravidité — pour que l'uretère se laisse envahir. Presque toujours, l'examen bactériologique révèle le colibacille, le plus souvent en culture pure.

La *marche* est très variable, insidieuse souvent, quelquefois orageuse. Voici comment Opitz décrit un cas type : Au cinquième mois de la grossesse apparaissent de légers troubles de la miction, puis après quelque traumatisme, par exemple un refroidissement, quelquefois sans cause apparente, survient un frisson avec 39 à 40°, 100 à 110 pulsations, des malaises très prononcés : nausées et forts maux de tête, souvent des douleurs de côté d'emblée violentes. Il peut y avoir de la constipation, mais on constate également de la diarrhée fétide. L'*urine est*

Digitized by Google

diminuée de quantité et ne présente souvent *guère d'altérations*. Cet état dure quelques jours, avec plus ou moins de frissons et de fièvre. Peu à peu, les douleurs se localisent du côté droit, s'irradient vers la vessie et la cuisse droite, les mictions deviennent fréquentes et douloureuses. Après une augmentation notable de la quantité d'urine jusqu'à 3.000 cc., les symptômes s'amendent, ou bien la fièvre continue, ainsi que les signes graves du début. Bientôt se montrent les phénomènes caractéristiques : l'urine est acide, uniformément troublée par d'innombrables micro-organismes, généralement des colibacilles en culture pure. Dans le culot on trouve des épithéliums et des leucocytes, fréquemment des cylindres et beaucoup de dépôts cristallins et amorphes. L'albumine est souvent présente. quoique en petite quantité. L'état général, fortement altéré pendant l'attaque, reste assez mauvais celle-ci passée, excepté quand elle a été unique. Comme signes physiques, on constate la défense musculaire dans la région rénale, très sensible à la pression, ainsi que dans tout le trajet de l'uretère. Souvent cette sensibilité se manifeste surtout au niveau du point de Mac Burney, qui correspond à la coudure de l'uretère et au siège de la compression par le côté de l'utérus. Très généralement, l'accouchement met une fin immédiate à tous les symptômes, ou du moins il amène au bout de peu de jours une défervescence progressive.

Le *pronostic* est rarement mauvais *quoad vitam*, mais dans la majorité des cas la guérison n'est qu'apparente et la pyélonéphrite continue à l'état latent (Legueu). D'après Opitz, il est aussi fréquent de voir guérir entièrement la pyélonéphrite, que de la voir devenir chronique. L'issue fatale, notée une seule fois dans les 69 cas d'Opitz, n'est pas aussi rare d'après Peter Muller, qui en a cité deux cas au Congrès des naturalistes allemands à Breslau (1904). De même, Amann[1] relate un cas de mort due à la pyélite de grossesse.

La vie de l'enfant est fortement menacée. Legueu relève 13 fois sur 59 cas l'interruption spontanée de la grossesse. Pour Opitz, la pyélonéphrite semble exercer une violente action irritative sur la contractilité utérine.

Le *diagnostic* n'offre point de difficultés pour peu que l'attention soit dirigée du côté de l'appareil urinaire. L'affection

[1] *Centralbl. für Gynæk.*, 1905, p. 857.

Digitized by Google

typique se laisse facilement reconnaître[1]. Dans les cas douteux, Opitz conseille d'assurer le diagnostic à l'aide des éléments suivants :

1° Dans la pyélonéphrite, la courbe de température dénote de fortes différences entre le matin et le soir, même en l'absence de frissons. Si, en outre, le pouls ne suit pas la température, la présomption est forte en faveur d'une pyélonéphrite, surtout quand l'état général souffre d'une façon rapide et intense.

2° Avant que la localisation des douleurs au niveau des reins n'impose le diagnostic, très souvent il existe un point douloureux à l'endroit de Mac Burney. Dans ce cas, une investigation exacte permettra peut-être de trouver dans les antécédents quelques troubles urinaires. Quelquefois, on pourra constater à la palpation bimanuelle que l'uretère est épaissi et sensible à la pression. A gauche, le diagnostic est toujours plus facile, l'appendicite n'entrant guère en ligne de compte.

3° Il ne faut pas attacher trop d'importance au résultat négatif de la palpation rénale. Au début, c'est à peine si on constate un peu de résistance et très peu de sensibilité à la pression.

4° L'examen des urines reste le point capital, tous les signes précédents prêtant à l'équivoque. La réaction est presque toujours acide, la quantité diminuée en même temps que la fièvre est forte, le poids spécifique étant relativement peu élevé. Après la défervescence, quantité et poids spécifique augmentent. Quant à la teneur en albumine, elle ne dépasse généralement pas 1 $^1/_2$ ‰ dans la cystite, même quand le pus est abondant. Dans la pyélonéphrite on trouve de plus petites quantités de pus, des quantités plus élevées d'albumine. En outre, les cellules de pus sont plus irrégulières. Le diagnostic devient certain, quand on rencontre les épithéliums des voies urinaires supérieures.

Opitz est assez sceptique sur l'utilité de la cystoscopie, de la cryoscopie et du cathétérisme des uretères. Il estime douteuse leur valeur, difficile ou impossible leur exécution pendant la grossesse.

Il ne faut pas oublier que, dans les premiers jours, et même plus tard, par suite des phénomènes d'occlusion, l'urine peut

[1] Nous en avons observé à la Maternité une demi-douzaine de cas en un an. M. le Prof. Jentzer en a fait le sujet d'une de ses leçons cliniques en mai 1906.

Digitized by Google

être tout à fait normale, le diagnostic pas conséquent impossible[1].

Le *traitement* est dirigé avant tout contre la stase urinaire et contre l'invasion bactérienne. Contre la première, tous les auteurs préconisent un décubitus approprié. Mais, tandis que Legueu juge la position demi-assise comme étant la plus favorable à l'écoulement libre de l'urine, Pasteau recommande l'inclinaison de Trendelenburg, Opitz enfin croit le décubitus dorsal suffisant pour empêcher l'utérus de plonger dans le bassin et de comprimer l'uretère, mais trouve plus efficace encore le décubitus latéral qui attire l'utérus hors du bassin. Nous nous sommes trouvé bien de cette dernière position. A différentes reprises, d'ailleurs, nos malades nous disaient d'elles-mêmes qu'en se couchant sur le côté sain elles sentaient diminuer leurs douleurs.

L'infection de l'appareil urinaire demande le même traitement qu'en dehors de la grossesse, c'est-à-dire le lavage par ingestion de grandes quantités de liquide: eaux minérales, tisanes, etc., et le régime; nous avons eu de bons résultats du régime lacté exclusif, sans vouloir nier l'efficacité de la déchloruration. Le salol, l'urotropine ou l'helmitol sont nécessaires pour désinfecter et aciduler l'urine. Pour augmenter — par réflexe — la sécrétion rénale, Pasteau recommande de dilater brusquement la vessie par l'injection de 2 à 300 c.c. que l'on évacue aussitôt. Les auteurs qui cherchent dans l'auto-intoxication intestinale la cause de la pyélonéphrite, ajoutent naturellement beaucoup d'importance à l'évacuation et à la désinfection du tube gastro-intestinal. Pour les partisans de l'origine vésicale, le traitement de la vessie est tout indiqué. Ce traitement: lavages vésicaux, instillation de solutions de sels d'argent, etc., devient absolument nécessaire quand il existe une cystite manifeste.

Le lavage du bassinet par une sonde poussée dans l'uretère à l'aide du cystoscope est encore discuté. L'exécution n'est pas difficile quand on connaît la technique du sondage des uretères.

[1] M. le Prof. Girard a l'obligeance de me communiquer un cas de ce genre qu'il a vu avec MM. les Prof. P. Muller et Walthard, de Berne : « L'urine était parfaitement normale. La pyélonéphrite siègeait comme d'habitude à droite. A l'autopsie on trouva des abcès au rein, mais l'uretère comprimé ne laissant passer aucune goutte d'urine lors de la consultation, c'est seulement l'urine du rein gauche, sain, que la sonde ramena de la vessie ».

Digitized by Google

Je l'ai pratiqué plusieurs fois sans jamais en voir d'inconvénients sérieux. Toutefois, l'innocuité de cette manœuvre ayant été mise en doute, je ne puis encore la recommander qu'à titre d'exception.

Si tous les moyens précités échouent, il en reste un, souverain pour ainsi dire toujours : c'est l'avortement. Dans les cas que nous avons observés, nous n'avons jamais eu besoin d'y avoir recours, mais, les auteurs s'accordant pour reconnaître l'efficacité immédiate de l'évacuation de l'utérus, nous n'hésiterions pas, le cas échant, à interrompre la grossesse, malgré les préoccupations un peu pédantes d'une certaine école d'accoucheurs désireux d'éviter à tout prix l'avortement ou l'accouchement prématuré, le « foeticide criminel ». C'est d'ailleurs là fréquemment un événement tout spontané : nous avons constaté déjà l'action manifeste de la pyélonéphrite sur les contractions utérines. On se résoudra d'autant plus facilement à terminer artificiellement la grossesse que celle-ci approche du terme.

Le traitement chirurgical : incision du bassinet, néphrotomie, ne doit pas être opposé à l'avortement provoqué. Il n'est indiqué que dans les cas d'empyème du bassinet et de pyonéphrose, là où l'évacuation de l'utérus ne saurait avoir de chance de succès. La néphrotomie a été exécutée plusieurs fois sans interrompre la grossesse.

Pour la pyélonéphrite encore plus que pour l'appendicite, le rôle de la grossesse ne peut être nié. Pour l'appendicite, elle accélère l'évolution péritonéale, en exalte la gravité, et y ajoute les risques d'une infection puerpérale ; la pyélonéphrite qui nous occupe est *liée* à l'existence même de la grossesse.

III

La fièvre « gravidique » n'est pas une entité morbide ; il n'y a donc pas d'intérêt à passer en revue toutes les affections qui pourraient rentrer dans cette catégorie. Nous avons insisté sur l'appendicite et la pyélonéphrite, parce qu'elles sont relativement fréquentes et le mieux étudiées. Dans bien d'autres cas, mal connus encore, le diagnostic ne devient possible que quand une laparotomie ou l'autopsie permettent de rechercher un foyer d'infection non soupçonné. Seule, l'étude minutieuse et comparée de ces cas réussira à en tracer un jour le tableau patho-

Digitized by Google

logique complet. Comme contribution à cette étude, qu'il nous soit permis de relater deux observations qui nous sont personnelles :

Obs. I. — Mme B., nous est envoyée le 14 février 1904 par M. le Dr A., avec le diagnostic : fièvre dite gravidique, accouchement prématuré imminent.

Antécédents : S'est toujours bien portée, à part de nombreuses angines et un abcès à la gorge, il y a trois ans. Mariée le 15 août 1903. Dernières règles le 24 août. Dès le début de la grossesse, elle souffre d'un point de côté plus ou moins marqué, qui n'a jamais disparu entièrement. Les vomissements, fréquents pendant les premiers mois, cessent après la première moitié de la grossesse. Depuis huit jours, c'est-à dire depuis le 6 février, de violentes douleurs de ventre obligent la malade à s'aliter. En même temps, elle a des maux de tête et plusieurs frissons. Les mouvements de l'enfant sont perçus depuis le commencement de janvier, mais font défaut depuis douze heures.

Status le 14 février au soir : T. 39°, P. 100 à 110, régulier, bien frappé. Yeux brillants, légèrement injectés. L'abdomen, modérément ballonné, est si sensible que la palpation la plus douce arrache des gémissements à la malade. Le fond de l'utérus dépasse à peine l'ombilic ; le col, de deux centimètres de long, est très rigide et complètement fermé. On constate quelques contractions utérines.

Le 16 février, T., m. 37,5, s. 39,9 P., m. 108, s. 120. Le ventre est en général bien moins sensible ; à droite la pression ne réveille aucune douleur, à gauche elle est encore douloureuse. On perçoit nettement les mouvements de l'enfant ainsi que les bruits du cœur. Il est impossible de trouver une cause quelconque à l'élévation de la température et du pouls.

17 *février*. T. 39,2, P. 112. Nous diagnostiquons par exclusion une infection génitale et nous nous décidons en conséquence à évacuer l'utérus : Dilatation du col à l'aide de bougies de Hegar et tamponnement du segment inférieur à la gaze. Quelques petites contractions dans l'après-midi.

18 février. L'utérus revenant au calme complet, j'applique le ballon de Champetier qui éveille immédiatement de fréquentes et fortes contractions. Celles-ci diminuent cependant au bout de deux heures et deviennent très rares et faibles vers le soir. Je suspend trois kilos au ballon, les douleurs reviennent toutes les deux minutes, mais diminuent bientôt et finissent par cesser complètement. T. m. 39°,4, s. 38,5. P. m. 109, s. 120.

19 *février*. Jusqu'à présent l'état général est bon ; malgré cela, vu les hautes températures, nous nous décidons à intervenir plus activement, les contractions étant toujours presque nulles. A 9 heures du matin j'enlève le ballon ; le col est plus effacé, la dilatation est comme une pièce de

Digitized by Google

5 francs. En narcose, je crève la poche, j'abaisse un pied et fais l'extraction d'un enfant du sexe masculin de 35 cm. de longueur et pesant 960 grammes, qui meurt deux heures après l'accouchement. Dès le réveil, les douleurs de la fosse iliaque ont disparu, la température et le pouls tombent à 37, 5 et 108.

L'examen bactériologique du liquide amniotique, pratiqué par le professeur Massol, donne un résultat négatif; celui du sang, prélevé dans la veine médiane, décèle la présence de colibacilles en petite quantité, en culture pure, faisant très énergiquement fermenter le lactose.

Les suites furent très simples : le ventre encore un peu sensible à la pression au début, devint normal, la température monta une fois encore à 39°, mais le soir du 19 elle est à 38°,2 puis elle descend à 36°,4 et ne dépasse plus 37°. Exeat le 2 mars, Mme B. est guérie. Depuis, elle eut une deuxième grossesse parfaitement normale, qui se termina le 24 février 1905. L'accouchement et les suites de couches ne présentèrent rien d'irrégulier.

J'ajouterai qu'à aucun moment, des altérations urinaires autres que celles comportées par n'importe quel état fébrile ne furent notées.

Epicrise : Une primigeste sans antécédents intestinaux, en particulier appendiculaires, sans histoire de gonoccocie, souffrant tout le temps de sa grossesse d'un point de côté à droite dans le bas-ventre, est prise au sixième mois de fièvre assez élevée avec frissons. Les urines sont normales. L'examen objectif ne donne aucune explication plausible des phénomènes observés. L'évacuation de l'utérus, d'ailleurs remarquablement torpide, fait disparaître du coup le symptôme douleur et presque immédiatement la fièvre.

S'agit-il d'une pyélonéphrite? L'évolution, la relation avec la grossesse, le caractère des douleurs, la fièvre y font penser immédiatement malgré l'absence de symptômes urinaires. Nous savons que des urines normales peuvent masquer la pyélonéphrite, mais seulement pendant un laps de temps limité ; au bout de quelques jours, huit jours au plus d'après Opitz, surviennent toujours les modifications caractéristiques. Ces troubles ont complètement fait défaut ici pendant le séjour dans notre service, et, dans la suite, nous n'avons rien constaté qui pût mettre en doute l'intégrité des voies urinaires. Je ne nie pas d'une façon absolue la possibilité d'une pyélonéphrite, mais elle me semble peu probable. De même l'hypothèse d'une appendicite ne peut être écartée d'emblée, quoique aucun fait ne vienne l'appuyer. Le diagnostic d'infection génitale auquel nous nous étions arrêtés faute de mieux, fut infirmé par les

Digitized by Google

constatations faites plus tard de la stérilité du liquide amniotique et de l'asepsie des suites de couches. Le diagnostic certain est donc impossible. Une seule chose est sûre : c'est la présence de colis dans le sang, démontrant l'infection généralisée. Le foyer infectant lui-même, nous ne l'avons pas trouvé ; l'observation suivante nous montrera peut-être le côté vers lequel nous aurions dû diriger nos recherches :

Obs. II. — Mme C..., 24 ans, I geste, a toujours joui d'une excellente santé. Dernières règles le 4 juin 1904. Grossesse très bonne. Je la vois pour la première fois à ma consultation le 17 janvier 1905. Utérus à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Bassin superbe. Je prédis un accouchement normal et facile.

En février, Mme C. est atteinte d'une forte grippe dont elle n'est pas encore complètement remise, quand, se croyant très bien, elle va au théâtre le 26 février. Là, elle ressent une émotion sans rapport avec la pièce, mais se couche sans malaise. Dans la nuit du 26 au 27, elle se réveille, toute grelottante à 4 h. du matin. Dans la journée apparaissent quelque deuleurs d'enfantement, et je suis appelé à 2 ½ h. de l'après-midi.

L'abdomen est uniformément douloureux, T. 39°, P. 100, mais l'état général ne présente rien d'inquiétant. Je mets les douleurs abdominales sur le compte d'un début de travail chez une primipare impressionnable, et m'explique l'élévation de la température par un fort rhume et une légère angine. Le soir, les douleurs cessent complétemont, la nuit se passe bien.

Le 28, au matin, la malade est secouée par un violent frisson ; à 1 h. de l'après-midi elle éprouve soudainement une forte douleur à droite dans le ventre, douleur devenant rapidement intolérable. Je fais immédiatement transporter la malade à la Maternité.

Status à l'entrée dans le service : Femme de forte taille, bien constituée, T. 38,3. Pouls un peu irrégulier, mal frappé, 110. Langue humide, face tirée, respiration rapide et pénible. Ventre ballonné uniformément. Défense musculaire surtout accusée à droite ; c'est là aussi que, spontanément, la malade ressent les plus fortes douleurs. A ce niveau il existe une matité correspondant à l'utérus penché à droite. La sonde ramène 100 c.c. d'une urine foncée, un peu trouble, inodore, contenant, avec des traces d'albumine et des cellules épithéliales vésicales, des bacilles et des cocques en grand nombre, mais point de cellules de pus. La numération des globules du sang donne 15.000 leucocytes. Vers le soir, après un bain, une amélioration se produit ; la malade dort toute la nuit. La température oscille autour de 35°,5.

Le 1 mars, consultation avec MM. les Professeurs Girard et Jentzer. La malade se sent relativement bien, T. 38°, P. 100. Le ventre est devenu plus souple, il est encore partout sensible à la pression, quoique mani-

Digitized by Google

festement moins qu'hier. La palpation de la région rénale droite éveille une vive douleur. Le caractère des urines n'a pas changé. MM. Girard et Jentzer déclarent impossible le diagnostic ferme. M. Girard penche vers l'hypothèse d'une pyélite ; personnellement, je suis enclin à admettre une appendicite. MM. Girard et Jentzer estimant que les symptômes ne justifient par l'intervention immédiate, le traitement symptomatique est continué.

Vers midi, le nez se pince, les mains deviennent bleues et froides, la langue se dessèche. La malade, angoissée, parle difficilement, les douleurs abdominales continuent avec des maxima toutes les cinq minutes.

A 4 h. T. 38,7, pouls irrégulier, 130. Par le toucher vaginal je sens la tête, dont la peau se desquame, dans l'excavation en O I P A ; j'applique le forceps en narcose très légère, et extrais un enfant macéré (très récemment) de 3340 gr. et de 50 cm. de long. Je pratique immédiatement la délivrance artificielle que je fais suivre d'un examen bi-manuel rendu très facile par l'évacuation de l'utérus et la flaccidité des parois abdominales. Je puis constater avec certitude l'absence de tout empâtement du côté de l'appendice et des annexes.

Le réveil est suivi d'une accalmie qui dure toute la nuit, mais, le matin du 2 mars, l'état s'aggrave de nouveau, la respiration devient haletante, les douleurs plus fortes même qu'avant l'accouchement ; le ventre est toujours ballonné uniformément, sans que la défense musculaire soit marquée ni localisée. Le foie atteint le troisième espace intercostal droit, T. 38,7, P. 120. L'examen du sang donne le même nombre de leucocytes que le 28 février. Deuxième consultation avec M. Girard, qui estime le pronostic très sévère, une intervention sans grande chance de succès et conseille d'attendre que les indications opératoires deviennent plus nettes, mais d'intervenir alors immédiatement. Dans le courant de l'après-midi surviennent d'incessants vomissements noirâtres sans odeur spéciale ; la malade décline manifestement, le pouls est à 132, presque imperceptible par moments. Mme C. semble perdue de toute façon. Par acquit de conscience je décide la laparotomie.

A 6 h. du soir, après avoir lavé l'estomac, j'ouvre le ventre dans la ligne blanche. Il s'écoule à peu près trois quarts de litre d'un pus mal lié, (contenant des streptococques et des colibacilles), entièrement libre dans la cavité péritonéale. A travers les anses intestinales fortement distendues, à séreuse hypérémiée, mais lisse, je vais droit à l'appendice que je trouve juste sous le rein. Il est de volume normal, rouge foncé ainsi que tout le péritoine, mais souple et sans solution de continuité De même les reins et les bassinets ne présentent aucune altération apparente. Le fond de l'utérus est à trois travers de doigt au dessous de l'ombilic ; les trompes sont plus longues et plus volumineuses que normalement. Les *deux ovaires*, du volumes d'un petit œuf, sont *recouverts d'un épais dépôt de fausses membranes* jaunes-verdâtres, dans lesquelles on trouve abondamment le streptococque.

Digitized by Google

Etant donné l'état de la malade, je me borne à laver la cavité péritonéale à grande eau, à placer un grand tampon Mikulicz et à fermer l'abdomen par quelque points de suture. Pendant l'opération dont la durée n'a pas dépassé dix minutes, des injections de caféine et de sérum physiologique ont été pratiquées. La malade se sent soulagée, mais les vomissements recommencent, le pouls devient de plus en plus rapide, filant, la respiration s'accélère et la malade succombe le 3 mars à 3 h. 40 m. du matin.

Autopsie, faite par M. Huguenin, premier assistant de l'Institut pathologique. — Estomac et anses intestinales ballonnés, couverts de fibrine et de pus. Dans la cavité péritonéale, un demi-litre de liquide louche. Poumons hypérémiés, contenant de petits foyers hémorragiques qui ressemblent à des infarctus, sans toutefois qu'on y trouve de thrombus. Splénite aiguë. Néphrite aiguë. Légère tuméfaction trouble du foie. Trompes dilatées, contenant du pus. Ovaires gros comme des œufs de pigeon, mous, présenfant à la coupe les signes d'une inflammation suppurée intense. Vaisseaux du ligament large remplis de pus. Utérus vide. Aire placentaire nette, de couleur normale. Amygdales à peine hypertrophiées, sans enduit.

Examen bactériologique des frottis et des cultures ensemencées pendant l'autopsie :

Rate : streptos.

Endomètre : streptos et diplobacilles prenant le Gram.

Pus du ligament large droit : longues chaînettes de streptos.

Bassinet droit : diplo-streptos.

Amygdales : amas de cocques et de bâtonnets colorés au Gram.

En outre, les cultures ensemencées avec du sang prélevé dans le cordon ombilical au moment de l'accouchement, révélent un mélange de microorganismes prenant le Gram, cocques, diplo-bacilles et bâtonnets (impuretés ?).

Epicrise. Au début, le diagnostic était manifestement impossible. Plus tard, on comprend qu'il ait oscillé entre appendicite et pyélonéphrite. L'opération seule permit de découvrir la cause de la péritonite, l'abcès de l'ovaire.

Autant qu'il est possible de le dire, il s'agit là d'une affection aiguë de l'ovaire, et non d'une annexite banale existant antérieurement et recevant peut-être un coup de fouet pendant la grossesse.

Quel fut ici le mécanisme de l'infection ? La voie génitale me semble d'emblée improbable. Il est vrai que le sang du cordon ombilical, partant le placenta était contaminé, qu'à l'autopsie, des streptococques furent trouvés dans l'endomètre la trompe et les vaisseaux du ligament large. Il faut donc qu'i

Digitized by Google

un moment donné, tout le canal génital ait été infecté. Mais lors de l'opération, c'étaient manifestement les ovaires qui étaient le plus fortement et le plus anciennement atteints. Il est donc plausible d'admettre que c'est là qu'il faut chercher le foyer principal qui a infecté d'une part le péritoine, de l'autre la muqueuse tubaire, puis utérine.

Par quelle voie l'ovaire lui-même fut-il infecté ? Je pense que l'hypothèse s'impose d'une métastase par la voie sanguine, métastase dont il est juste de rendre responsable la grippe « infectieuse » dont était atteinte Mme C. Cette filiation, je ne puis la prouver mathématiquement : l'angine paraissant banale, l'examen bactériologique des amygdales fut omis, et il reste des doutes sur les relations de l'infection buccale avec celle de l'ovaire. Toutefois, en se rappelant la prédilection que montrent pour la glande génitale les germes encore inconnus de l'infection ourlienne, on trouvera assez plausible la transmission de l'amygdale à l'ovaire de streptococques virulents[1]. Quelle que soit la porte d'entrée, l'ovarite aiguë est certaine, et c'est elle qui détermina les accidents mortels. Ces accidents, aurait-on pu les éviter par une opération précoce, par l'ablation des ovaires infectés ? Peut-être, à condition d'arriver à temps, avant que les streptococques n'eussent pénétré jusqu'à la surface de l'organe ? Et encore, le foyer primitif serait-il resté discret, les métastases se seraient-elles bornées à l'ovaire ? En tout cas, au moment où une opération aurait encore pu sauver la malade, aucun symptôme n'autorisait à intervenir.

Les cas de grippe « infectieuse », streptococcie ou quelque autre généralisation bactérienne, n'ont pas souvent été décrits pendant la perpuéralité. Voici ce qu'en disent Budin et Demelin[2], les seuls auteurs français qui ne sont pas muets sur ce sujet :

« Les cas graves de grippe ne sont pas très rares. La grippe semble avoir moins de tendance à devenir grave, lorsqu'elle se montre loin du terme de la gestation. Vers la fin, au contraire, elle a peut être quelque influence sur l'apparition précoce des phénomènes de l'accouchement, et surtout elle se prolonge après lui, pour revêtir alors des allures menaçantes », et à

[1] Le cas de péritonite aiguë à pneumocoques relaté dernièrement par M Patry (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai 1906) ne reconnaît-il pas peut-être une étiologie analogue au lieu de celle admise par M. Patry, d'une infection ayant remonté le canal génital ?

[2] Manuel pratique d'accouchements, Paris, 1904, p. 587 et 557.

Digitized by Google

propos des streptococcies : « A côté de l'érysipèle, streptococcie cutanée, il peut exister, mais beaucoup plus rarement, d'autres localisations qui sont d'un pronostic autrement sévère chez la femme enceinte (méningite cérébro-spinale, purpura, endométrite à streptococques) entraînant la mort plus ou moins rapidement après ou sans expulsion du produit. »

Sur les affections purulentes des annexes pendant la grossesse, le Traité d'accouchements de von Winckel, paru très récemment, est un peu plus explicite. Wertheim, qui en a rédigé l'article sur le sujet en question, exclut à peu près complètement l'étiologie génitale, c'est-à-dire l'infection remontant le canal génital, et n'admet guère que la voie « descendante », c'est-à-dire la propagation d'un foyer intestinal ou péritonéal, ou bien la métastase. Il cite plusieurs observations d'un abcès de l'ovaire (un cas de Hlawatschek, un cas de Tull et un de Wertheim lui-même, sans parler de ceux de salpingo-ovarite purulente) ayant donné lieu à de très graves accidents terminés par la mort : adhérence intestinale avec obstruction, péritonite septique par suite de rupture de la collection ovarique. Nous y joindrons le cas cité par Pinard dans son mémoire sur la fièvre gravidique (abcès de l'ovaire pendant la grossesse, laparotomie, ovariotomie, guérison) et celui de P. B. Bland[1] (péritonite foudroyante compliquant une grossesse de 8 ½ mois, due à l'éclatement d'un pyosalpinx. Opération césarienne, mort).

S'agit-il, dans notre première observation, également d'un retentissement grippal sur les annexes ? L'évolution heureuse nous empêcha de le constater, mais par analogie avec la dernière observation, cette interprétation est tout au moins permise.

Mon intention, en relatant mes deux observations, était beaucoup moins de citer des cas rares que d'attirer l'attention sur les aspects particuliers que la grossesse prête à toute infection évoluant dans le voisinage de l'organe gestateur. Plus on étudiera attentivement toutes les causes de fièvre dite gravidique, plus on facilitera le diagnostic, partant le traitement approprié, qui souvent consistera dans une laparotomie précoce, unique chance d'une heureuse issue.

Pour nous, il se dégage de l'étude de la fièvre de grossesse l'enseignement suivant :

[1] *New. York med. Journal*, 22 July 1905.

Digitized by Google

1° En présence d'une élévation inexpliquée de la température pendant la grossesse, chercher plus que par le passé, à en déterminer la cause. Ne jamais perdre de vue la possibilité d'une appendicite ou d'une pyélonéphrite, cette dernière presque toujours facile à diagnostiquer *quand on y pense.*

2° En présence de symptômes de péritonisme, quand une affection des voies urinaires peut être exclue, ne pas trop tarder à intervenir chirurgicalement. Plutôt faire une laparotomie de trop que d'attendre les signes qui imposent le diagnostic de péritonite généralisée en même temps que son pronostic.

Bibliographie. — Outre les mémoires cités, on consultera avec fruit : Guggisberg. Ueber Pyelitis gravidarum, *Correspondenzbl. f. Schw. Aerzte.* 1906, n° 7. — Ruppanner. Uber Pyelonephritis in der Schwangerschaft. *Münch. med. Wochenschr.*, 1906, n° 6. — Cathala. Pathogénie et étude clinique de la pyélonéphrite gravidique. *Thèse de Paris*, 1904. — Wallich. Pyélonéphrite et suites de couches. *Annales de gyn. et d'obst.*, mars 1904.

Nouvelle contribution à la méthode graphique en gynécologie

Par le Dr de Seigneux

Privat-Docent de gynécologie à l'Université de Genève

J'ai décrit dans cette Revue[1], ainsi que dans le *Zentralblatt für Gynœkologie*[2], sous le nom de *Méthode graphique en gynécologie*, un procédé permettant aux malades d'enregistrer elles-mêmes sur de petits tableaux *ad hoc* toute perte de sang, qu'elle provienne de règles normales ou de toute autre cause pathologique.

Il s'agit là d'une méthode nouvelle sur l'importance de laquelle j'ai insisté dans les deux articles cités plus haut ainsi que dans une brochure populaire récente[3].

J'ai rappelé toutefois que l'on emploie depuis longtemps déjà

[1] *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1906, n° 4.
[2] *Zent. Bl. f. Gyn.*, 1906, n° 9.
[3] De Seigneux, Notions médicales élémentaires dédiées au public féminin, Genève, 1906, Kündig.

Digitized by Google

dans la plupart des cliniques allemandes des tableaux où, pendant le séjour des malades à la clinique, on inscrit régulièrement les pertes de sang dont elles sont atteintes. Ces tableaux connus sous le nom de « *Blutungscurven* » sont habituellement joints à l'observation des malades, dont ils constituent un document précieux. Ils m'avaient tout particulièrement frappés par la clarté avec laquelle le symptôme le plus important des affections gynécologiques, la perte de sang, pouvait être graphiquement représenté avec ses caractères, sa durée et son abondance.

Ce fut là l'origine de ces nouveaux graphiques qui ne sont plus destinés seulement à compléter une observation clinique, mais qui sont remis aux malades en personne pour y faire elles-mêmes les inscriptions nécessaires et cela d'une façon continue et suivie. Ils donnent ainsi la possibilité d'une représentation très exacte, sur une même feuille comprenant toute une année, de l'état de la menstruation ainsi que de toute hémorragie atypique intercurrente. C'est ce qui les distingue essentiellement des « *Blutungscurven* » ou « *Blutungstabellen* » des cliniques allemandes.

Permettant au médecin d'avoir une vue d'ensemble sur les pertes de sang annuelles normales et pathologiques de ses malades, ils attirent de plus l'attention de celles-ci sur la régularité ou les irrégularités de leurs époques et par là rendent possible un traitement précoce des affections gynécologiques.

Si, comme il est à désirer, leur emploi venait à se généraliser, elles rendraient un service inappréciable dans la lutte entreprise contre le cancer utérin. Peut-être en deviendront-elles même le pilier le plus important, les facteurs dont il faut tenir le plus compte, étant données l'indifférence et l'insouciance des malades pour tout ce qui concerne les affections génitales et surtout la crainte d'un examen pouvant révéler un cancer.

Or, l'usage des graphiques permet précisément d'éviter cet écueil et de soumettre chaque femme, ainsi que je l'ai déjà dit[1], à une surveillance étroite et d'autant plus efficace qu'elle ne s'en doutera nullement, qu'il ne lui sera causé aucune appréhension inutile, et que, bien au contraire, elle éprouvera un sentiment de sécurité absolue à se sentir suivie de près par son médecin.

[1] *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1906. N° 4.

Digitized by Google

Le seul doute soulevé, c'est qu'il semble au premier abord bien difficile, pour ne pas dire impossible, de soumettre toutes les femmes à l'inscription régulière de leurs époques sur les graphiques en question.

Après deux ans de pratique, je puis dire que cette impossibilité n'existe pas et que dans tous les milieux, les moins comme les plus instruits, l'adoption de graphiques pour la notation des règles peut se faire sans la moindre difficulté. A la consultation de gynécologie du Dispensaire des médecins, il en est distribué à toutes les femmes. Celles-ci les remplissent avec beaucoup d'exactitude et j'ai même été souvent frappé combien elles en comprenaient rapidement l'importance, combien, même dans ce milieu, elles saisissaient vite la façon de procéder, combien, leur attention attirée sur ce sujet, elles se rendaient facilement à la consultation en cas d'irrégularités ou de pertes atypiques.

Ces graphiques permettent en outre de suivre les malades à l'étranger et de les conseiller en toute connaissance de cause. Survient-t-il quelque anomalie, l'envoi du graphique donne au médecin la possibilité de voir d'un seul coup d'œil ce dont il s'agit et le renseigne bien davantage qu'une lettre de huit pages d'une malade prolixe.

J'ai déjà montré qu'il était possible, par l'adjonction de petites croix, d'indiquer, en plus des pertes sanguines, les jours douloureux et de représenter schématiquement par là sur le même tableau le symptôme douleur avec sa plus ou moins grande intensité, et qu'enfin un trait horizontal à sa partie supérieure pouvait servir à marquer les pertes blanches.

On voit donc que tout le syndrôme utérin se trouve ainsi représenté schématiquement au grand complet et que ces graphiques nous donnent bien une vue d'ensemble de ce que j'ai nommé « la vie gynécologique des malades ».

Leur utilité pratique s'accroît encore du fait que le médecin peut y faire, à l'aide de signes spéciaux, des annotations nombreuses concernant le mode de traitement. Me servant depuis fort longtemps déjà de toute une série de ces signes qui représentent une économie considérable de temps, ainsi qu'une grande simplification dans l'observation suivie d'une malade, j'ai pensé qu'il y aurait quelque utilité à les publier dans cette Revue.

L'affection gynécologique la plus fréquente est certainement

Digitized by Google

l.. rétrodéviation de l'
respondant au jour d
trait oblique de gauch
veut faire des finesses
rétroversion par le s
corps et le col un ang
trois degrés de rétrofl
que l'angie en questio
Il existe, comme o
d'une rétrodéviation :
moyen d'une sonde,
qui consiste à se servi
le portant en arrière
Emploie-t-on la réc
du signe indiquant la :
schématique du doig
emploie-t-on enfin le
sente schématiquemen
pince tire-balle.

On aura donc ou

L'utérus redressé, c
un petit cercle o à cô

à sa grandeur. On au

signifiera : à telle date
manuel, placement d'u
On voit de suite la s
ment que l'on en peut
Si, lors d'une secon
en bonne position, o
signifiant la rectitud
Mais l'utérus peut s
on est obligé de l'enle
et de placer un pessai

la superposition des 4

enlèvement du pessai

Digitized by Google

et où il ne s'agit que
is autre, on inscrira

m, pessaire enlevé,

ic par leur simple
ment très frappante
rodéviation utérine,
contestable de ces
remis au médecin à
portance en cas de

es signes dont je me
facile de se rappeler
te journalière. Mais
cédé, j'ai réuni dans

rétrodéviation.

lisstner.
chiffre indiquant son n°.

essous de + indiquent

l

raphique se lit de la

vier et a eu son retour
es abondante et a duré

Digitized by Google

En outre, depuis le 1er février, la malade se plaint de maux de reins qui la font beaucoup souffrir. Elle vient à la consultation le 19 février. On reconnaît qu'elle est atteinte d'une rétrodéviation que l'on réduit manuellement. Un pessaire 8 1/2 est placé.

Le 23 février, on est obligé de placer un pessaire plus grand, le n° 8 1/2 s'étant montré insuffisant à maintenir l'utérus.

Le 28 février, la malade revient se montrer : l'utérus est en place. Il en est de même le 30 avril et le 2 mai.

A partir du redressement de l'utérus, les douleurs dans les reins ont beaucoup diminué ; cependant elles persistent encore entre les époques. De plus, à partir du retour de couches, la malade a des pertes blanches continuelles.

Le 2 mai, on fait au col quelques scarifications et une cautérisation du canal cervical qui ont pour effet de faire disparaître entièrement les pertes blanches et de diminuer encore les douleurs.

Le 24 mai, le pessaire est enlevé, nettoyé, puis remis. Contre les douleurs qui persistent encore, on commence un traitement par des tampons glycérinés que l'on place le 24 et le 28 mai, puis le 1er et le 4 avril. A partir des règles suivantes, la malade est tout à fait bien. Sans déplacer le pessaire qui maintient toujours l'utérus en bonne position, on cautérise encore une petite ulcération du col, dernier reliquat du catarrhe.

La malade revient le 11 septembre. On enlève, nettoye et remet le pessaire.

Le 11 octobre, les règles ne sont pas revenues. Il y a un retard de quelques jours. L'utérus est en place. Une nouvelle grossesse est possible.

Le 29 décembre, cette hypothèse se confirme et l'on enlève le pessaire, les dimensions de l'utérus étant dès maintenant suffisantes pour l'empêcher de retomber en arrière.

Cet exemple montre suffisamment et sans plus de commentaires toute l'importance en gynécologie de la méthode graphique et des signes conventionnels que j'ai indiqués plus haut.

Sur la fréquence du goitre chez les aliénés

Par le Dr Brissard

On a déjà signalé à plusieurs reprises le nombre considérable de goitreux que l'on rencontre dans les asiles d'aliénés. Certains auteurs ont voulu voir dans ce fait un rapport possible entre les affections mentales et le struma ; d'autres au contraire

Digitized by Google

ne semblent y voir qu'une simple coïncidence accidentelle, qu'on peut attribuer par exemple à la situation de l'asile.

Pendant le mois d'août 1904, nous avons examiné les 291 malades qui étaient alors pensionnaires à l'asile de Bel-Air, et avons constaté qu'il y avait parmi eux 106 goîtreux, soit 36,08 %, ou plus exactement, 29,93 % pour les hommes et 43,05 % pour les femmes. Nous pouvons expliquer facilement la différence qui existe entre les deux sexes par la plus grande affluence du côté masculin d'alcooliques et de paralytiques généraux non atteints de goitre.

La population mâle de notre canton donne au recrutement une moyenne de 5,08 % de goitreux (années 1894-1903). Cette statistique peut nous servir de point de comparaison, quoiqu'elle soit de fait plutôt au-dessous de la vérité et qu'elle soit incomplète, puisqu'elle ne tient pas compte à la partie féminine de la population.

A Bel-Air, on soigne, il est vrai, passablement d'étrangers venant des pays les plus divers, mais ne formant malgré tout qu'une portion assez minime de la population stable de l'asile ; or, nous verrons, que c'est précisément parmi nos vieux pensionnaires que se rencontre la plus grande majorité des goitres.

	HOMMES			*FEMMES*		
PSYCHOSES	Total	Goitreux	%	Total	Goitreux	%
Psych. constitutionnelle.	1	—	—	—	—	—
Délire d'inanition . . .	1	—	—	—	—	—
Hystérie	—	—	1	—	—	—
Epilepsie.	8	1	12,5	2	—	—
Alcoolisme	14	—	—	7	3	28,57
Paralysie générale. . .	17	1	5,88	4	1	25
Psych. maniaq. dépress.	7	2	28,57	11	2	18,18
Démence sénile. . . .	11	3	27,27	20	5	25
Démence précoce . . .	69	27	39,23	80	44	55
Arrêts de développement.	19	20	52,63	18	8	44,44
	147	44	29,93	144	62	43,05

Nous classons dans les démences précoces les formes paranoïques, catatoniques, hébéphréniques.

Le tableau nous donne de gros chiffres avant tout pour la démence précoce (49 % au total) et les arrêts de développement (48 %).

En réunissant les deux groupes nous arrivons à 45 % pour

Digitized by Google

les hommes et 49 % pour les femmes, ce qui donne en somme un pourcentage de goitreux assez semblable pour les deux sexes. Cette proportion nous semble digne d'intérêt et nécessiterait d'être contrôlée dans d'autres maisons de santé. En outre, il nous parait en résulter qu'il existe des relations plus intimes qu'on ne l'admet généralement entre le goitre et les états démentiels congénitaux et précoces, ce qui conduit même à présumer que certaines démences précoces seraient dues aux mêmes causes que quelques unes des formes dites congénitales.

Comme actuellement la médecine moderne cherche à tout expliquer par l'autointoxication, cette prolifération goitreuse viendrait tout naturellement se prêter à pareille hypothèse, d'autant plus que nous avons pu par nos recherches exclure l'influence de toute action extérieure capable de produire le goitre d'une manière accidentelle chez nos aliénés.

Il nous paraît bon de mentionner en terminant, que nous avons constaté d'une manière assez générale chez nos goitreux de la fatigue du cœur droit, fatigue qui semble ne résulter que de la simple gêne mécanique apportée par des struma volumineux.

Parmi tous les goitreux, nous n'avons à l'asile qu'un seul malade atteint de crétinisme.

RECUEIL DE FAITS

Un cas de tumeur cérébrale

Par le Dr Berdez

Professeur à la Faculté de médecine de Lausanne

Le diagnostic de l'existence d'un néoplasme du cerveau se fait à l'aide d'un groupe de symptômes essentiels, groupe auquel on a donné le nom de syndrome des tumeurs cérébrales et dont les éléments sont les maux de tête, les vomissements, les vertiges, l'affaiblissement de l'intelligence ou la torpeur intellectuelle, les modifications du pouls et l'œdème de la

Digitized by Google

papille du nerf optique. La cavité crânienne peut renfermer une tumeur de petites dimensions sans que celle-ci se manifeste par aucun symptôme, mais on admet généralement que toute néoformation quelque peu considérable doit se révéler par au moins deux ou trois signes du syndrome. A côté de celui-ci l'on observe le plus souvent d'autres symptômes moins importants, et dont l'apparition peut servir à préciser le siège ou la nature du mal, mais qui ne sont ni indispensables ni suffisants à eux seuls pour faire affirmer la présence d'un néoplasme. Parmi ces symptômes de second ordre, nous pouvons mentionner des troubles moteurs, tels que paralysies et convulsions, des perturbations du langage, la perte de l'équilibre, les modifications des réflexes, les altérations des sens, etc.

Le cas suivant mérite d'être rapporté, car il montre que le syndrome peut faire défaut malgré la présence d'une tumeur volumineuse. Ayant donné lieu à une intervention hardie suivie de succès, il constitue aussi une contribution intéressante à la chirurgie cérébrale.

M. X., 48 ans, négociant à Smyrne, qui souffre depuis plusieurs années de troubles dyspeptiques, a présenté en octobre 1905, et sans autres prodromes, une première attaque de convulsions cloniques localisées dans le bras droit. Cette crise a duré quatre à cinq minutes, et dès lors s'est renouvelée toujours la même, tous les trois ou quatre jours environ.

A partir du milieu de janvier 1906, les crises manifestent une tendance à s'aggraver; elles s'accompagnent de mouvements involontaires dans les muscles du cou et dans ceux de la jambe droite; depuis la même époque, les doigts ont perdu de leur agilité; M. X. ne peut plus serrer le poing ou étendre complètement les doigts. Les muscles qui avaient été le siège de convulsions, étaient d'abord simplement fatigués pendant quelques heures, mais peu à peu une parésie permanente s'est établie. Le patient a encore observé des fourmillements et un certain degré d'hypoesthésie à l'avant-bras et à la main du côté droit, mais ces troubles de la sensibilité n'étaient pas durables, ils disparaissaient déjà quelques instants après l'attaque.

Le 3 février 1906, jour où le malade s'est présenté chez nous pour la première fois, les symptômes essentiels d'une tumeur, les éléments du syndrome font absolument défaut. Le pouls est à 76, il n'y a pas d'œdème de la papille, et les pupilles se comportent normalement. Le champ visuel n'est pas retréci. Il y a bien eu de temps en temps des vomissements dans le cours des dernières années, mais ces vomissements n'avaient pas présenté les caractères cérébraux; bien au contraire, ils avaient été laborieux, s'étaient accompagnés d'un état saburral de la langue et de troubles dyspeptiques; ils avaient disparu à la suite d'une cure faite l'été précédent dans une clinique pour maladies gastriques, à Zurich. Il n'a jamais été question de céphalée ni de vertiges; l'intelligence est vive comme autrefois.

Digitized by Google

Les convulsions n'ont laissé de traces objectives que sous la forme d'un état parétique, du reste peu accusé, de l'extrémité supérieure droite : le deltoïde a quelque peine à soulever le bras, les mouvements du poignet et des doigts n'ont pas tout à fait leur force normale, la poignée de main manque de pression, les doigts s'étendent lentement et difficilement, les mouvements d'adduction du pouce sont le plus nettement affaiblis. Le volume des muscles n'est pas diminué. En outre sur le bras droit la sensibilité tactile et à la douleur paraissent légèrement amoindries.

Sans aucun doute, nous avons à faire à une épilepsie du type Bravais-Jackson, dont la cause est une irritation de l'écorce rolandique gauche, irritation limitée à la région moyenne des circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante, et plus spécialement à la partie inférieure de cette région, puisque les mouvements du pouce sont particulièrement affectés. Quant à la nature de cette irritation, elle pourrait être due à une tumeur de petit volume, peut-être à une de ces tuberculoses méningées en plaques décrites par Reymond et Lenz, ou bien à un abcès cérébral, ou bien encore à une leptoméningite syphilitique. L'absence de fièvre, de frissons, de transpirations, d'habitus tuberculeux, de processus purulents dans les cavités osseuses relèguent au second plan l'hypothèse d'abcès ou de tuberculose.

Restent celles de petite tumeur et de syphilis. Bien que ni les commémoratifs ni quelque cicatrice ne signalent la préexistence d'une infection syphilitique, c'est à ce dernier diagnostic que nous nous attachons, si ce n'est comme étant le plus probable, du moins comme étant le plus facilement accessible à notre thérapeutique. Nous instituons donc un traitement spécifique ; une cure iodurée peut du reste, croit-on, produire une amélioration même dans les cas de néoplasmes communs.

Cependant, dès le lendemain, une attaque d'abord du même genre que les précédentes, se généralise ; tous les muscles du corps sont pris de convulsions toniques, puis pendant quatre à cinq minutes de convulsions cloniques ; tant que dure l'attaque, la perte de connaissance est complète, et au réveil le patient se plaint de violents maux de tête.

Après quatre jours, nouvelle attaque généralisée, suivie cette fois d'un coma profond avec déviation conjuguée des yeux à gauche. La tête elle-même est déviée du côté gauche. Les pupilles sont étroites et sans réaction. La respiration est stertoreuse. Les réflexes de toute nature sont abolis, les quatre membres sont en extension et raidis. Le pouls est à 48.

Les cinq jours suivants, toutes les réactions cérébrales étant restées absolument nulles, le pouls s'étant progressivemen' ralenti et la gêne respiratoire ayant augmenté de plus en pluts M. le professeur Roux consent à faire l'ouverture du crâne le 13 février. Cette opération répond vraiment à une indication vitale.

Digitized by Google

Les renseignements nécessaires de topographie cranio-cérébrale sont fournis par la méthode la plus simple, d'après laquelle l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando est située à 2 cm en arrière de la moitié de la ligne sagittale passant par le sommet de la tête et allant du nasion (angle de la racine du nez et du front) à l'inion (protubérance occipitale externe), tandis que l'extrémité inférieure de la scissure se trouve sur la ligne joignant son extrémité supérieure à l'angle orbito-zygomatique à un demi-centimètre environ au-dessus de la moitié de cette ligne.

La projection de la scissure rolandique étant ainsi déterminée, sa partie médiane que nous avons reconnue devoir être voisine du foyer d'irritation, est choisie comme centre de l'ouverture du crâne.

La méthode employée est la crâniotomie à lambeau ou temporaire.

Par une incision à fond, c'est-à-dire qui intéresse le périoste, M. Roux délimite un grand lambeau en forme d'U, dont la convexité correspond à peu près au haut de la scissure de Rolando, dont le centre de courbure est, comme nous l'avons dit, la région rolandique moyenne, et dont les branches rectilignes, écartées d'environ 7 cm, se terminent, l'une à 2 cm au-dessus du pavillon de l'oreille, l'autre au haut de la fosse temporale.

Les parties molles ayant été écartées, et le périoste décollé sur une faible largeur des deux côtés de l'incision, on pratique sur le trajet de celle-ci six perforations de la paroi crânienne avec le trépan à cliquet et les fraises de Doyen. L'espace osseux qui sépare les perforations est ensuite attaqué soit à la pince coupante soit au crâniotome de Dahlgren, instrument fort ingénieux qui, avec un effort minime, peut couper toute l'épaisseur du crâne, soit encore avec le ciseau. Au bout de quelques minutes une presqu'île osseuse de mêmes forme et dimensions que l'incision cutanée est découpée. Il ne reste plus qu'à la mobiliser en fracturant le pédicule osseux. Cela se fait d'abord par quelques coups de ciseau donnés sur les deux côtés du pédicule, puis au moyen d'un élévateur appliqué comme levier sous les parties latérales du lambeau ostéo-cutané. La dure-mère apparaît alors à découvert. On donne à l'incision de cette membrane la forme d'un lambeau courbe dont les bords parallèles à l'ouverture osseuse se tiennent à un demi-centimètre en dedans de celle-ci, afin de faciliter plus tard la suture. La dure-mère est soulevée avec précaution.

A ce moment, l'on aperçoit à travers et dans la pie-mère, sur la partie moyenne de la circonvolution pariétale ascendante, une tache irrégulière, blanc-jaunâtre, entourée d'une zone rouge foncé apparemment due à une hémorragie fraîche. Tout autour de ces altérations qui occupent une aire de la grandeur d'une pièce de 50 cm., la pie-mère est très vascularisée,

Digitized by Google

hypérémiée, la pression intracrânienne paraît augmentée ; les circonvolutions un peu aplaties tendent à faire hernie dans l'orifice. A la palpation, la partie altérée est plus résistante que les régions voisines. M. le professeur Roux fait une petite incision au bistouri, pénètre avec le doigt dans un amas de caillots sanguins et ramène une tumeur ovoïde du volume d'un œuf, dure, blanchâtre, à surface mamelonée. A la suite de ce néoplasme, sort encore du sang coagulé noirâtre et dont la quantité peut être évaluée à deux cuillerées à soupe.

L'examen fait par M. le professeur Stilling a montré que la tumeur est un endothéliôme et un endothéliôme de nature particulièrement maligne, à juger d'après le grand nombre de figures caryocinétiques qu'il présente. Il occupait le centre ovale ; son grand axe atteignait d'un côté la couche grise de la région rolandique et probablement de l'autre côté le ventricule latéral. Au moment de l'opération, la tumeur était en partie entourée de sang coagulé provenant d'une hémorragie récente, et l'on est en droit de supposer qu'une partie des caillots qui s'écoulèrent à la suite du néoplasme provenaient du ventricule latéral.

La cavité profonde produite par l'extirpation de la tumeur est tamponnée au moyen d'une longue bande de gaze plusieurs fois repliée sur elle-même, et dont l'extrémité sort à l'extérieur par une ouverture ménagée dans la suture de la dure-mère. De même, en replaçant la valve ostéo-cutanée, on laisse un petit espace pour le passage de la gaze et pour permettre de retirer facilement celle-ci deux ou trois jours plus tard.

Les suites de cette grave opération ont été des plus simples, et nous avons pu assister au retour rapide de l'intelligence et aussi de la motilité dans la moitié gauche du corps.

Le 14 février, lendemain de l'opération, le malade recommence à avaler des liquides et semble même vouloir s'aider de sa main gauche.

Le 15, la déviation conjuguée n'est plus constante, les réflexes cutanés réapparaissent, les dents se désserrent.

Le 17, les pupilles, étroites et immobiles depuis l'opération, recouvrent leurs réactions, les yeux peuvent être volontairement ramenés à droite. De sa main gauche, M. X. saisit une lettre et, d'une façon bien évidente, s'efforce de la lire.

Le 18, il est manifeste qu'il comprend tout ce qu'on lui dit, mais il ne peut encore répondre que par un son inarticulé. Il se sert lui-même de sa cuiller pour boire. Il indique des nombres en étendant un ou plusieurs doigts de la main gauche.

Le 20, il prononce quelques mots en turc, sa langue maternelle.

Le 22, toute déviation spasmodique des yeux a disparu.

Enfin le 26, il prononce quelques mots en français.

Dès lors, l'usage de la parole s'est rétabli comme autrefois, mais il est resté une hémiplégie droite avec parèse du facial inférieur du même côté. La pointe de la langue dévie à droite et,

Digitized by Google

sur toute la région paralysée, la sensibilité générale est un peu émoussée.

Pendant les trois jours qui ont suivi l'opération, nous avons observé jusqu'à 38° sous l'aisselle, mais cette fièvre légère n'a pas tardé à disparaître définitivement. Depuis l'opération, le pouls a été rapide, il s'est maintenu entre 100 et 120. Les fonctions de la vessie se sont rétablies normalement dès le troisième jour. La constipation a toujours dû être combattue, mais on doit l'attribuer en grande partie à une disposition ancienne, M. X. ayant depuis des années l'habitude de prendre un lavement quotidien.

A partir du milieu de mars, des mouvements volontaires faibles se sont montrés dans l'extrémité inférieure droite, et à cette époque le réflexe patellaire était exagéré. La parèse du facial inférieur s'est aussi en grande partie dissipée.

Cependant, ainsi que le diagnostic anatomo-pathologique pouvait le faire redouter, des symptômes de récidive se produisirent au mois d'avril. Ce furent d'abord des maux de tête violents, puis de nouvelles attaques épileptiques.

A cette époque, notre malade quitte Lausanne, mais nous avons appris qu'il a succombé au commencement de juin au retour de son mal.

L'observation que nous venons de résumer présente cette particularité que tous les symptômes principaux, sauf les crises d'épilepsie partielle, manquaient. malgré la présence d'une tumeur volumineuse. Notre cas n'est cependant pas tout à fait isolé. M. Duret, de Lille, dans son récent et bel ouvrage, a pu en rassembler une dizaine d'exemples, mais qui se rapportent presque tous à des tumeurs de petit volume. « En réalité, dit-il[1], les faits où *le seul symptôme* des tumeurs encéphaliques est les attaques convulsives, sont peu nombreux. Le plus souvent, il existe en même temps de la céphalée, des vomissements, des vertiges, de l'œdème papillaire. »

Anurie calculeuse, néphrotomie

(Observation clinique)

Par le Dr E. Thomas

L'observation qui suit peut offrir quelque intérêt, non pas tant par elle-même qu'à cause des problèmes qu'elle soulève ; c'est pour cela que je la publie.

[1] Duret, Des tumeurs de l'encéphale, Paris, 1905, p. 49.

Digitized by Google

M. X., 53 ans, en général bien portant; vie hygiénique, à la campagne. On ne relève pas dans ses antécédents personnels de faits importants, sauf un érythème scarlatiniforme desquamatif il y a trois ans, à la suite de l'ingestion de poisson. Vérification faite, il fut le seul qui en fut atteint parmi les membres de sa famille. Je ne constatai alors, à part l'éruption, aucun phénomène pathologique de quelque valeur.

Le 26 août 1906, il fait une promenade avec des amis; comme cela lui était déjà arrivé en pareille occasion, il se sent le lendemain mal à son aise, la langue chargée, peu d'appétit. Purgation saline le 28 au matin; plusieurs selles; à partir du soir de ce jour, anurie complète sans cause appréciable. Il faut noter cependant que M. le Dr Falquet avait eu l'occasion de constater quelquefois du sable dans les urines du malade.

L'anurie dure sans interruption jusqu'au 4 septembre au soir; elle était accompagnée de diarrhée fréquente, d'inappétence et de quelques nausées. M. le Dr Aubin, appelé auprès de M. X., le 30 août au matin, constate que la vessie était vide; une boisson alcaline amène le 31 août l'émission de quelques centimètres cubes d'une urine claire; l'examen avec l'acide nitrique y révèle la présence d'albumine. Cathéterisme le 2 septembre, aucun obstacle au parcours de la sonde; la diarrhée persiste. Le 4 au soir, émission spontanée de trois quarts de litre environ d'une urine absolument limpide, peu colorée, mousseuse.

Je vois le malade le 5 au matin; la bouche est pâteuse, la langue blanche, légère odeur urineuse; nausées fréquentes, quelques vomissements peu abondants; la diarrhée n'a pas cessé. Le ventre est gros, ballonné, ne présente aucun point douloureux; sa sonorité est normale, un peu tympanique dans le flanc gauche. La rate et le foie n'offrent rien de particulier; l'examen des poumons et du cœur légèrement hypertrophié, est négatif. Il y a de l'insomnie par suite de l'état gastro-intestinal, mais, dans la journée, le malade vaque encore à ses affaires, il se sent seulement faible.

L'interrogation la plus minutieuse ne permet pas de retrouver l'existence de crises de coliques néphrétiques, bien que le tableau des accidents actuels fasse penser à une anurie calculeuse. Le fait de l'émission si abondante d'urine la veille, permet d'espérer que la détente va se produire, et vu la grande chaleur qui régnait à ce moment, je préfère attendre pour avoir de l'urine fraîche.

Le malade est revu le 7; pas de nouvelle miction; les symptômes ci-dessus mentionnés s'accentuent beaucoup, en particulier l'odeur de l'haleine, mais la diarrhée a diminué. Le malade supporte du lait et du gruau en petites quantités répétées. Il présente un peu de dyspnée, sans caractère de Cheyne-Stokes; les poumons sont intacts. Le cœur est nettement hypertrophié, il bat régulièrement et fortement; l'artère radiale est modérément tendue. Par moments le malade est somnolent, secousses dans les membres. La nécessité d'une intervention s'imposant, il est transporté à l'Hôpital cantonal le 8 au soir.

Digitized by Google

Il est examiné le 10 par M. le professeur Girard, qui constate qu'à la pression profonde la région lombaire droite est douloureuse et estime qu'en l'absence d'autres renseignements, il faut pratiquer la néphrotomie de ce côté. C'est ce qui est fait ; le rein droit apparaît énorme, congestionné ; il est incisé et drainé. Le soir même, l'urine sort en abondance par la plaie. L'état général ne subit pas de modifications importantes ; puis la faiblesse prédomine et la mort a lieu le 13.

L'autopsie, faite par M. le professeur Askanasy, révèle les lésions suivantes :

Le rein gauche est de volume normal, le bassinet est un peu dilaté ; un peu au-dessous de l'embouchure de l'uretère, ce dernier est épaissi (périurétérite), complètement obstrué par un calcul d'acide urique ; à l'examen microscopique du tissu rénal, degré moyen de néphrite, interstitielle surtout.

Le rein droit est augmenté de volume ; on trouve de petits calculs dans le bassinet, qui n'est pas agrandi ; calcul dans l'uretère, avec des caillots sanguins. L'obstruction n'était pas complète pendant la vie ; tout au moins les dimensions du calcul ne permettent pas de le penser. Par l'ouverture opératoire, la sonde introduite alors avait pénétré jusqu'au bassinet sans percevoir l'obstacle. Quelques infarctus récents.

Les autres organes ne présentent rien de particulier ; œdème très modéré des membres inférieurs.

Il est rare de voir un malade n'ayant jamais ressenti de coliques néphrétiques, être atteint de calculs bilatéraux donnant lieu à une anurie complète. Il est certain que l'uretère gauche ne laissait plus rien passer depuis quelque temps, sans qu'il soit possible de préciser davantage ; à l'occasion d'un trouble digestif, le même phénomène s'est produit à droite. D'après les constatations faites à l'autopsie, l'uretère droit n'était pas oblitéré complètement ; plus tard des caillots sont venus s'ajouter au calcul. Mais certainement l'anurie s'est déclarée alors que le passage était encore libre en partie ; ce qui le prouve, c'est que le malade, au bout de huit jours, rendit spontanément presque un litre d'urine. Il faut donc admettre ici ou un spasme de l'uretère, ou plutôt, selon la théorie de Guyon, un phénomène d'inhibition s'exerçant sur le rein droit.

Quant à la nature de l'obstacle, on pourrait faire plusieurs hypothèses ; toutefois, en l'absence de phénomènes extérieurs révélant la présence d'une affection abdominale, c'est la calculose qui paraît en être la cause la plus probable. Il est admis en effet qu'au cours de cette affection, l'anurie peut être le premier symptôme observé.

Il est curieux de constater que l'œdème a été presque absent ; chez un homme obèse, ayant dépassé la cinquantaine, un peu d'enflure des pieds n'a rien d'extraordinaire. Et plus tard, si elle est devenue plus apparente, c'est que le cœur faiblissait.

Digitized by Google

Ce fait avait déjà été signalé par Merklen[1] en 1881, mais à cette époque, la pathogénie de l'œdème au cours des affections rénales, était beaucoup plus obscure que maintenant.

Pässler,[2] dans un mémoire tout récent, a attiré l'attention sur ce point à propos du cas d'une femme de 42 ans, qui avait subi l'hystérectomie pour carcinôme en 1905, et paraissait guérie, lorsqu'elle fut prise d'anurie totale, sans cause apparente. A l'examen, on constatait une constipation absolue, des douleurs au sacrum et au rein droit, aucun œdème. Les symptômes de l'intoxication urinaire se manifestèrent de plus en plus et amenèrent la mort par collapsus au onzième jour de l'anurie. Pendant ce temps, le poids du corps avait augmenté de 4 kilogs du sixième au onzième jour ; le point cryoscopique du sang variait de - 0,61 à - 0,71 ; on comptait environ 15.000 leucocytes ; le chiffre des globules rouges descendait de 3.600.000 à 3.000.000 ; la proportion de l'hémoglobine était de 50 %. Ces numérations effectuées chez un sujet nullement cachectique, démontraient l'existence d'un certain degré d'hydrémie. A l'autopsie : compression des deux uretères par du tissu néoplasique ; au-dessus, il existait de la dilatation, mais la cavité du bassinet n'était pas agrandie. Le rein gauche, diminué de volume, était fortement anémié ; le rein droit congestionné, œdématié ; il n'existait nulle part de lésions proprement dites. Le cadavre n'était pas infiltré ; l'incision de la peau et des muscles montra relativement peu d'œdème ; on trouva quelques centaines de centimètres cubes de sérosité dans le péritoine. Pendant la première semaine la malade buvait beaucoup d'eau ; or, à part quelques vomissements et un peu de sueur, elle n'avait guère perdu de liquide.

Pässler ne me paraît pas être arrivé à donner une explication suffisante de ce phénomène paradoxal. Nous connaissons sans doute les rétentions chlorurées sèches décrites par Ambard et Beaujard, et s'accompagnant de faibles variations de poids. Elles s'observent surtout au cours de la néphrite interstitielle. Mais jusqu'à présent il est impossible de savoir pourquoi, dans certains cas, la rétention du chlorure de sodium a lieu sans hydratation des tissus, tandis que dans d'autres l'œdème apparaît. Il est possible que l'état des vaisseaux doive entrer en ligne de compte, comme favorisant la transsudation des liquides ou l'entravant. En tout cas, l'augmentation de poids constatée par Pässler chez une malade qui ne s'alimentait pas ou à peine, doit être attribuée en partie à l'hydrémie, mais surtout à un œdème des tissus, peu apparent sans doute, mais suffisant pour produire cet effet.

Dans notre cas, nous ignorons si un tel fait s'est produit, mais la diarrhée, surtout dans les premiers jours, a pu jouer le rôle d'un émonctoire suffisant, soit au point de vue de la perte

[1] Merklen, De l'anurie calculeuse. *Thèse de Paris*, 1889.
[2] Paessler, *Deutches Archiv. f. klin. Medizin*, 1906, vol. 87, p. 569.

Digitized by Google

en liquide, soit par l'évacuation de substances hydropigènes. Il est en effet possible que le chlorure de sodium ne soit pas le seul agent capable de produire l'œdème, et que d'autres substances doivent entrer en ligne de compte; le fait paraît probable pour l'urée d'après Achard et Paisseau. Il se pourrait aussi que certains corps jouent un rôle favorisant la rétention du chlorure; selon des circonstances, très variables du reste, ils pourraient eux-mêmes être retenus dans l'organisme ou éliminés. Certaines expériences de Castaigne[1] sont fort intéressantes et montrent en tout cas combien le problème est complexe.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

38me assemblée générale, le jeudi 8 novembre 1906, à l'Hôtel Beau-Rivage, Ouchy.

Présidence de M. Léon Gautier, de Genève, vice-président

Présents: 157 médecins.

M. Léon Gautier, auquel M. de Cérenville a confié le soin de présider la séance, souhaite la bienvenue aux assistants; il salue M. *Feurer*, de St-Gall, président des Sociétés médicales de la Suisse allemande. L'assemblée se lève pour honorer la mémoire des confrères décédés : M. le Dr *Vincent*, à Genève et M. le Prof. *Herzen*, à Lausanne.

M. de Cérenville, dans le désir que la Société romande soit informée des actes des représentants qu'elle s'est donnée, présente un rapide commentaire de quelques questions restées pendantes en matière fédérale depuis l'assemblée dernière. Quant au Comité romand il n'y a pas eu lieu de le convoquer.

La révision de la *loi d'assurance militaire*, provoquée en 1902 par un groupe de médecins de Zurich, a trouvé devant les Chambres, au printemps dernier, une solution conforme aux vœux exprimés par la Chambre médicale et transmise aux Chambres fédérales sous forme de pétition, par la Commission médicale suisse. L'article 18 du règlement d'exécution a

[1] Debove, Achard et Castaigne, Manuel des maladies de reins, Paris, 1906.

Digitized by Google

été modifié dans le sens que la responsabilité du médecin vis-à-vis de l'assuré, au lieu d'être illimitée, est soumise à la condition restrictive d'une omission ou d'un retard de déclaration dont la faute peut être imputée au médecin. L'article 20 revisé établit que, lorsque la maladie n'exige pas l'isolement et que les circonstances font prévoir que le traitement à domicile est approprié à une prompte guérison, le médecin en chef *devra*, sur demande, autoriser le traitement à domicile. La campagne ouverte par les pétitionnaires a donc été couronnée de succès. Nous devons un témoignage d'estime et de reconnaissance à ceux qui ont attaché le grelot.

La Commission médicale a recueilli les préavis des sous-commissions qu'elle avait constituées pour l'étude de l'avant-projet du *Code pénal fédéral* et les a soumis à une étude approfondie dont les conclusions ont été condensées en un mémoire rédigé par M. Von der Mühll, de Bâle, et qui a été transmis à la Commission législative à Berne.

M. de Cérenville donne à l'assemblée un aperçu des propositions de la Commission médicale à l'égard d'un certain nombre d'articles intéressant plus spécialement notre profession, entre autres ceux qui concernent la responsabilité du médecin devant l'accouchement prématuré, l'avortement provoqué, l'intervention médicale ou chirurgicale suivie de mort, qui pourraient tomber sous le coup de la loi pénale, ainsi que les lésions corporelles d'origine médicale. La Commission demande que « l'acte commis par un médecin patenté dans l'exercice de sa profession ne soit pas considéré comme un délit quand il est pratiqué conformément aux règles de la science médicale et lorsque cet acte n'est pas en contradiction évidente avec la volonté de celui qui le subit ou de son représentant légal. » Elle demande que « cet acte ne soit pas un délit, lorsqu'il est pratiqué conformément aux règles de la science, s'il est destiné à préserver la vie ou la santé d'un tiers, d'un péril immédiat qui ne peut être écarté par d'autres moyens. »

Sur l'article concernant le *secret professionnel*, la commission, en face d'opinions divergentes, n'a pas formulé de proposition catégorique. Elle a attiré l'attention des législateurs sur les difficultés qui entourent la notion du secret ; il faut qu'ils trouvent une formule acceptable qui mette le médecin à l'abri d'un conflit dans les situations qui l'exposeraient à violer le secret professionnel ou à faire un faux certificat, ou encore à compromettre par le refus de déclaration le jeu des institutions (caisses de secours, assurances) qui ne peuvent se passer de la déclaration médicale.

Suivent quelques détails sur les articles qui visent l'alcoolisme vis-à-vis du code.

M. Girard fait une communication sur le *traitement chirurgical de la paralysie périphérique du nerf facial :*

Le traitement médical de la paralysie faciale périphérique, impuissant dans la grande majorité des cas traumatiques, l'est souvent aussi quand la paralysie est d'origine pathologique.

Digitized by Google

Depuis quelques années on a cherché à remédier à cette grave infirmité au moyen d'interventions chirurgicales.

Les opérations autoplastiques auxquelles on peut recourir ne fournissent qu'un résultat plutôt palliatif et doivent donc être réservées pour les cas où tout autre moyen aurait échoué.

Quand il ne s'agit pas d'une simple section du facial sur un point accessible à la suture nerveuse banale, l'opération rationnelle consiste à établir une anastomose entre le nerf facial, pris au-dessous du siège de la lésion, et un nerf moteur voisin. Par l'intermédiaire de ce dernier, l'excitation motrice qui part du cerveau, contournera l'obstacle et se transmettra de nouveau à la portion périphérique du facial paralysé.

On est surpris que cette opération n'ait pas été pratiquée depuis très longtemps. Le traité de Letiévant sur les sections nerveuses, publié en 1873, les travaux encore plus anciens de Flourens, de Bidder auraient dû y inciter. Deux médecins hambourgeois, Sick et Saenger, avaient obtenu en 1893 un résultat excellent en anastomosant avec le médian le radial paralysé par la destruction de ce nerf sur une certaine étendue.

La première opération d'anastomose nerveuse pour paralysie faciale fut exécutée seulement en 1895 par Ballance, de Londres, mais ne fut publiée que bien des années plus tard. En 1898, sur la proposition de Furet, J.-L. Faure, de Paris, ignorant qu'il eût un prédécesseur, se décida à pratiquer l'anastomose du facial avec le rameau trapézien du spinal (*accessorius*) pour une paralysie traumatique à siège intrarocheux et fut récompensé par un succès partiel.

A la suite de cette communication, un assez grand nombre d'opérations analogues furent exécutées dans divers pays ; de nouvelles recherches expérimentales vinrent au surplus confirmer le bien-fondé physiologique de ces tentatives.

Quelques modifications ont été apportées à la technique primitive de Ballance et de Faure. Koerte, Bardenheuer et autres s'adressèrent au grand hypoglosse, Schæffer au glossopharyngien pour les suturer avec le facial. D'autres encore préférèrent réunir celui-ci avec la totalité de la branche externe du spinal au lieu d'emprunter seulement le rameau trapézien. On eut même l'idée de pratiquer l'anastomose avec le pneumogastrique, mais seulement lors d'expériences sur le chien. Enfin, abandonnant le procédé de réunion termino-terminal, on essaya les anastomoses termino-latérales.

Quels furent en somme les résultats obtenus ? Dans presque tous les cas on constata l'amélioration rapide de la tonicité musculaire (disparition de l'épiphora, diminution de la lagophthalmie, de la gêne de la mastication et de l'asymétrie de la face au repos).

C'est seulement beaucoup plus tard, après six à douze mois, que survient le rétablissement plus ou moins complet des mouvements volontaires de la face. Ces mouvements se montrent généralement associés à des mouvements simultanés dans les muscles régis par le nerf vicariant,

Digitized by Google

par exemple l'élévation de l'épaule après l'anastomose avec le spinal, mais cette association involontaire assez gênante ne se produit pas dans tous les cas au même degré et de la même manière. Le genre de l'anastomose paraît jouer un rôle important à cet égard et d'ailleurs l'expérience a prouvé que peu à peu les opérés apprennent à dissocier ces mouvements et à éviter, du moins en grande partie, ceux qui sont inopportuns.

Un autre inconvénient consécutif à l'opération provient de la paralysie des muscles innervés par le rameau que, dans certains procédés, il faut sectionner pour le réunir au facial. On peut avoir ainsi, suivant le nerf que l'on a choisi, une paralysie de la portion supérieure du trapèze et du sternomastoïdien ou de l'hypoglosse. Cette paralysie tend à s'améliorer quand il s'agit des deux premiers, parce qu'ils ne sont pas régis uniquement par le spinal, mais aussi en partie par des rameaux provenant des troisième et quatrième nerfs cervicaux ; du reste elle n'est pas comparable comme importance à celle que l'on veut corriger. Il y aurait donc là un motif pour ne pas utiliser l'hypoglosse en anastomose termino-terminale.

M. Girard a pratiqué personnellement quatre fois l'anastomose spino-faciale. Le premier cas, opéré pour paralysie otogène, il y a quatre ans, fut perdu de vue dès sa sortie de l'hôpital ; à ce moment le retour de la tonicité musculaire était manifeste. Pour les deux cas suivants (origine otogène chez l'un et traumatique chez l'autre) l'opération est encore de trop fraîche date pour juger des résultats à attendre.

Dans le quatrième cas, paralysie faciale d'origine indéterminée et durant depuis 20 ans, le succès se dessina très tôt. Au bout de peu de semaines, on constata une diminution de la lagophthalmie ; environ deux mois et demi après l'opération, la malade pouvait contracter nettement le sillon naso-labial et attirer passablement en arrière l'angle de la bouche. Cette amélioration paraît vouloir continuer. La malade est heureuse de ce changement, elle se plaint un peu de l'inégalité de la position de l'omoplate résultant de la section du rameau trapézien du spinal.

Quant à l'opération, elle n'est pas aussi difficile que l'on pourrait s'imaginer ; une incision le long du bord antérieur du sternomastoïdien partant d'assez haut derrière l'oreille permet d'abord de découvrir le facial que l'on peut sectionnner près de sa sortie du rocher après avoir déplacé la parotide en avant. Le spinal, souvent irrégulier dans son parcours et ses bifurcations, se trouve assez aisément en retournant le muscle sterno-mastoïdien en dehors. Il est dès lors facile de pratiquer l'anastomose termino-terminale ou termino-latérale du facial avec le rameau trapézien ; la section des nerfs doit se faire en biseau pour faciliter la suture.

En résumé, on peut conclure que le traitement de la paralysie faciale par l'anastomose nerveuse est légitime et permet de s'attaquer à une infirmité réputée incurable.

La réunion termino-terminale du rameau trapézien avec le facial paraît être pour la plupart des cas le procédé le plus avantageux. Pour éviter

Digitized by Google

la paralysie de la portion supérieure du trapèze, M. Girard se propose d'y ajouter lors de sa prochaine opération l'anastomose termino-latérale du bout périphérique du nerf trapézien sectionné avec le rameau du spinal destiné au sterno-mastoïdien. Les anastomoses nerveuses ont devant elles un grand avenir pour d'autres catégories de paralysies. Hackenbruch, Spitzy, Frazier et Spiller les ont récemment appliquées avec des succès remarquables à la cure des paralysies infantiles localisées dans un groupe musculaire restreint.

M. Mermod : Le nerf facial est avant tout le nerf des auristes, puisque dans son long trajet à travers le rocher dans un canal osseux, nous le retrouvons dans tous nos actes opératoires, depuis le conduit auditif externe jusqu'à la cochlée, je dirai même jusqu'au conduit auditif externe ; on risque donc bien plus souvent de blesser ce nerf qu'au temps où on se contentait, chirurgiens et auristes, de trépaner simplement la mastoïde. Aujourd'hui, malgré une technique perfectionnée, le danger est plus grand, parce que nous allons plus profondément et que dans nombre de cas, les opérations sur le golfe jugulaire et dans l'oreille interne (canaux semi-circulaires, limaçon) obéissent à une indication vitale.

Si les paralysies faciales surviennent aussi en dehors de toute intervention chirurgicale, cela n'empêche pas que leur cause est presque toujours à chercher dans l'oreille ; aussi n'est-il pas étonnant que la question des anastomoses de nerf avec un nerf voisin, ait intéressé avant tout les auristes, que, dans sa communication, M. Girard a entièrement passés sous silence. Pour lui comme pour tant d'autres sans doute, l'auriste serait-il encore l'honnête bonhomme qui enlève des bouchons de cerumen et souffle dans les trompes d'Eustache. Aujourd'hui les choses ont quelque peu changé, depuis que l'oto-chirurgie par ses interventions audacieuses, a pris une place importante dans la chirurgie générale. Ballance lui-même, un des principaux promoteurs en chirurgie cérébrale, est un des nôtres. et en France, la première publication parue en 1898, au sujet du traitement chirurgical de la paralysie faciale, a été faite par Faure en commun avec Furet, un des meilleurs auristes français « *Cuique suum* ».

M. Girard réplique avec esprit qu'il n'a pas voulu parler des médecins qui fabriquent des paralysie du facial, mais de ceux qui les guérissent.

M. Vulliet en parlant du *traitement chirurgical des hémorrhoïdes* a trouvé le moyen de mettre son auditoire en gaîté ; vrai, les absents ont eu tort, il est des choses et des mots qui ne se narrent pas. M. Vulliet emploie, avec des résultats que de nombreuses photographies illustrent, les injections de glycérine phéniquée 60 % (paraîtra dans la *Revue*).

M. Krafft parle de l'*utilité des injections préventives du sérum antitétanique :*

Le bacille de Nicolaïer (1884) reste dans la blessure et secrète une toxine qui a une affinité spéciale par les cellules nerveuses. Si l'on veut comprendre la question complexe de la sérothérapie du tétanos, il faut

Digitized by Google

d'abord savoir exactement ce que dans ce domaine le *laboratoire* a annoncé :

D'après Roux et Borrel (1898), le sérum antitétanique contient une antitoxine capable de neutraliser la toxine qui circule dans le sang, mais *incapable d'atteindre la toxine qui est déja fixée aux éléments nerveux*; c'est là une première limite à l'action du sérum, et celà indique que l'injection est toujours préventive, qu'elle ne saurait être curative et qu'elle doit être faite sitôt après l'accident, soit avant que les cellules nerveuses soient atteintes. — *Premier point.*

D'après Vaillard et Roget (1890), des spores tétanigènes peuvent être injectées sans provoquer de tétanos, elles sont englobées par les cellules phagocytaires. Par contre, si les spores sont réparties sur du sable fin et inclues dans du papier filtre, elles sont protégées contre les phagocytes, se développent, fabriquent de la toxine qui diffuse à travers le papier et l'animal devient tétanique. En clinique *les tissus lacérés, les corps étrangers inorganiques peuvent faire office de sable et de papier filtre et rendre la sérothérapie illusoire.* Une seconde expérience consiste dans l'injection de 0,05 cc. d'une culture pure en bouillon, ne contenant que des bacilles sporulés, à trois cobayes; d'autre part des cubes de 3 à 4 millimètres de côté sont découpés dans de la gélose stérile; par un petit pertuis, on introduit au centre de chaque cube une goutte de la culture chauffée, on ferme l'orifice, on insère chaque cube sous la peau d'un cobaye. Les premiers animaux sont restés en santé, les spores ont été tuées par les phagocytes; les seconds sont morts tétaniques, les spores protégées par le cube de gélose ont secrété la toxine qui a diffusé et intoxiqué les cobayes. La présence de débris de vêtement ou de n'importe quelle substance inerte fait bouclier contre les phagocytes et permet le développement de la toxine. — *Second point.*

La toxine tétanique n'est pas détruite par des températures de 80°, l'asepsie relative que nous pouvons obtenir par *l'ébullition ne nous permet donc pas de négliger, cas échéant, les antitoxines.* — *Troisième point.*

Encore une expérience de Vaillard et Roget: Une terre est sûrement tétanigène, inoculée aux animaux, elle provoque toujours le tétanos. Si on la chauffe à une température qui sans amoindrir la vitalité des spores tétaniques, suffit cependant à détruire la plupart des autres microbes, elle perd sa virulence. Mais, si à cette terre devenue inactive, on restitue certaines espèces microbiennes qu'elle renfermait auparavant (abstraction faite du bacille tétanique), on lui restitue du même coup son pouvoir tétanigène. Les microbes de la suppuration agissant comme microbes « favorisants », *les associations microbiennes, en occupant les phagocytes, peuvent permettre le développement de spores* qui sans cette circonstance ne se seraient pas développées. Les injections ne remplacent donc pas une antisepsie soigneuse et rigoureuse. — *Quatrième point.*

M. Krafft, pour élucider la question *clinique* a adressé 508 questionnaires à des chirurgiens de France, d'Allemagne, de Belgique, de Hollande

Digitized by Google

et de Suisse, il a reçu 122 réponses. Sur 100 chirurgiens, *84 ont confiance* dans les injections préventives, et 16 ne leur reconnaissent aucune action.

En outre *21 ont observé des cas positifs* de tétanos, qui s'était déclaré malgré un traitement par le sérum antitétanique nettement préventif.

Si on étudie ces 21 cas d'un peu près, on remarque que 17 observations sont utilisables, les autres ne donnant pas de détails suffisamment précis.

Dans ces 17 cas, il s'agissait chez *16 malades* de plaies profondes *contenant des corps étrangers* : esquilles, échardes, 4 cas; terre, suie, 3 cas; chairs lacérées, 7 cas; fils de suture, 1 cas; sciure de bois, 1 cas.

Ces échecs sont donc prévus, annoncés par le laboratoire, et ils ne doivent pas diminuer notre confiance dans le sérum; au contraire, enlevons mieux les esquilles, les tissus sphacelés, cas échéant en narcose; ne cautérisons pas avec l'iode ou le fer rouge, parce que nous créons ainsi des tissus morts qui retiennent les phagocytes dans leur travail de destruction microbienne.

De plus, dans ces 17 observations, on remarque que *15 des plaies ont suppuré*; or une dose de sérum antitoxique suffisante pour immuniser plusieurs milliers de fois un cobaye, ne l'empêche pas d'avoir le tétanos, si on lui injecte ensuite des produits microbiens, bactérium coli ou autres.

Comme tout à l'heure, nous pouvons dire encore ici, le laboratoire a prévu et annoncé ces échecs; notre tâche de chirurgiens consiste donc à lutter toujours plus contre la suppuration, et si elle se produit, à renouveler tous les huit jours la piqûre de sérum, en y ajoutant des injections de sérum antistaphylococique. Ne demandons donc pas aux laboratoires de nous remplacer et soyons reconnaissants de l'aide qu'ils nous offrent !

Lavons et brossons mieux les plaies souillées de terre ! Désinfectons-les soigneusement, ne les cautérisons pas !

Injectons du sérum le jour de l'accident et si la plaie suppure, répétons l'injection, parce que dans ce cas, il se reforme de la toxine et il faut la neutraliser à mesure.

M. J.-L. Reverdin demande comment on fera pour désinfecter les plaies sans les cautériser.

M. Krafft pense que l'eau oxygénée sera utilement employée, et que d'ailleurs le couteau devra enlever tous les tissus lacérés.

La Société entend ensuite les rapports sur les *Dispensaires antituberculeux*.

M. Mallet rapporte sur le *Dispensaire de Genève :*

Messieurs, le dispensaire antituberculeux de Genève, conçu par quelques-uns de vos collègues dans le train de Paris à Genève au retour du Congrès de la tuberculose en octobre 1905, est né très heureusement le 1er mai 1906, après une gestation un peu laborieuse de sept mois.

Il ne diffère des autres dispensaires que par la simplicité de son organisation et les principes économiques qui le régissent. Nous avons voulu

Digitized by Google

éviter de créer à Genève une nouvelle œuvre philantropique avec sa suite inévitable de bazars, ventes, collectes, etc. Nous avons cherché à utiliser les institutions déjà existantes et à les unir dans un même but: la lutte contre la tuberculose.

Pour les soins médicaux, deux établissements existant depuis de nombreuses années nous ont prêté leurs locaux et assuré le service médical, ce sont la Policlinique médicale de l'Université et le Dispensaire des médecins.

Pour l'assistance, plusieurs sociétés de bienfaisance de la ville se sont empressées de mettre à notre disposition des fonds sous forme de bons de nourriture à distribuer aux malades de leur ressort, de sorte que les secours qu'ils accordaient autrefois sans indication spéciale sont aujourd'hui attribués à ceux qui en ont le plus besoin, et sont par conséquent plus utiles.

Enfin pour les visites à domicile des malades, trois sociétés: le Dispensaire des dames, les Dames de charité et les Samaritains ont engagé leurs membres à nous aider.

Nous avons fait par quelques articles de journaux un appel de fonds pour nous permettre de nous mettre à l'œuvre ; nous avons recueilli ainsi une dizaine de mille francs, puis nous avons constitué une société avec des membres payant une cotisation de 5 francs par an ou unique de 100 fr.

Le fonctionnement du dispensaire est des plus simples: Le malade se présente à une des consultations, les lundi, mercredi et vendredi, à 1 h. 1/2, à la Policlinique médicale, pour les malades de la rive gauche, ou les mardi, jeudi et samedi, à la même heure, au Dispensaire des médecins, pour ceux de la rive droite. Il y est examiné par le médecin; reconnu malade, ses lésions sont enregistrées sur une fiche portant son numéro d'ordre. Ses crachats sont envoyés au laboratoire municipal, où M. le Prof. Massol s'est très aimablement chargé de leur analyse.

Le malade passe alors dans la pièce voisine, où il trouve l'enquêteur qui le pèse, prend son périmètre thoracique et sa température. On lui remet ensuite deux crachoirs, un de poche et un de table, deux sacs de forte toile, numérotés, destinés à contenir son linge sale, avec des numéros correspondants à coudre sur les différentes pièces de linge, une petite brochure contenant des instructions hygiéniques et une carte portant son numéro d'inscription et la date à laquelle il doit se représenter à la consultation.

L'enquêteur va le lendemain chez le malade et fait une enquête aussi serrée que discrète sur sa position, ses ressources et les conditions hygiéniques de sa vie et de son habitation.

A la visite suivante, on remet au malade, d'après ses besoins, des bons de suralimentation, représentant le plus souvent du lait, des œufs, de la viande crue ou de l'huile de foie de morue, aux frais de la société de bienfaisance dont il dépend le plus directement. Ces bons ne sont valables que pour un temps fixe (15 jours en général), afin de forcer le malade à

Digitized by Google

revenir se faire examiner et peser régulièrement, s'il veut qu'on les lui renouvelle.

Le malade apporte chaque semaine, à jour déterminé, son linge sale dans le sac qui lui a été remis à cet effet au local de consultation, où, en attendant les fonds nécessaires pour créer une buanderie, ce linge est remis à un épurateur de la ville. Les sacs et le linge qu'ils contiennent sont plongés pendant douze heures dans une solution de créoline, puis le linge est blanchi comme d'habitude, remis dans les sacs et rapporté aux locaux de consultation où les malades viennent le chercher.

L'enquêteur et les personnes visitantes vont voir souvent les malades chez eux ; ils leur rappellent et leur expliquent les prescriptions hygiéniques, ils nous signalent les irrégularités dans les traitements indiqués.

Nous demandons au Bureau de salubrité des désinfections sérieuses des logements des tuberculeux décédés ou changeant de domicile. Malheureusement nous avons beaucoup de peine à obtenir que cela se fasse convenablement. Jusqu'à présent la salubrité de Genève se contente de faire asperger les murs et le plancher de la pièce à désinfecter avec une solution de sublimé, opération prenant une demi-heure tout compris pour une chambre de moyenne grandeur. Nous avons réussi récemment à arracher au Département de l'Intérieur la promesse que sous peu le Bureau de salubrité fera l'acquisition d'un appareil à désinfection par le formol. Espérons !

Depuis son ouverture, le 1er mai, au 1er novembre, le dispensaire antituberculeux a examiné 196 malades, dont 79 hommes, 96 femmes et 21 enfants.

Leur nationalité se répartit comme suit : Genevois, 43 ; Confédérés, 54 ; Français, 57 ; Italiens, 28 ; Allemands, 11 ; Russes, 3. Remarquons en passant la forte proportion de Français provenant de notre voisinage immédiat, où notre réputation de bienfaisance est trop bien établie. La philantropie genevoise bien connue dans la zone doit jouer en effet un grand rôle dans l'énorme mortalité tuberculeuse indiquée pour notre ville par le Bulletin sanitaire fédéral.

Les métiers qui nous ont fourni le plus de cas de tuberculose sont pour les hommes dans l'ordre suivant : commis, manœuvres, commissionnaires, couvreurs et chauffeurs ; pour les femmes : couturières, repasseuses, concierges, pierristes, domestiques, horlogères, etc.

Sur ces 196 malades examinés, il y en avait :

175	atteints de tuberculose pulmonaire ;		
8	»	»	des ganglions trachéaux et bronchiques ;
2	»	»	osseuse ;
11	nécessitant des soins prophylactiques (chétivité, hérédité chargée, etc.)		
196			

Les 175 cas de tuberculose pulmonaire se décomposent ainsi : 104 cas

Digitized by Google

du troisième degré, 47 du second et 24 du premier. 12 malades avaient eu des hémoptysies abondantes.

Sur les 196 malades que nous avons examinés, 7 sont morts, 15 ont été envoyés aux hôpitaux ou aux sanatoriums, 19 ne sont venus qu'une seule fois au dispensaire et 11 n'y sont pas encore revenus.

Des 144 malades que nous avons traités, 68 ont augmenté de poids, 46 sont restés stationnaires et 30 ont diminué.

Nous avons fait distribuer par les sociétés de bienfaisance à ces malades, sous forme de bons, pendant six mois, 8.820 litres de lait, 870 demi-douzaines d'œufs et 142 kgr. de viande crue, ce qui représente à peu près une valeur de 3.500 francs. Chaque malade, suivant ses besoins, reçoit un ou deux litres de lait, un ou deux œufs par jour ou 100 gr. de viande crue.

Depuis deux mois, nous avons commencé, au Dispensaire des médecins, à traiter huit malades par la tuberculine de Béraneck; jusqu'ici les résultats semblent très encourageants, puisque tous nos malades ainsi traités ont augmenté de poids.

Un de nos désirs serait de nous procurer à peu de frais, dans les environs immédiats de la ville, dans une bonne exposition, un hangar très simple où nous pourrions envoyer nos malades faire la cure d'air; nous n'avons pu malheureusement le réaliser avant l'hiver.

Nous avons demandé 18 désinfections et nettoyages au Bureau de salubrité après décès ou changement de domicile.

Enfin nous réunissons les matériaux nécessaires pour arriver à créer un casier sanitaire des habitations, afin de chercher à dépister les nids de tuberculose.

Nos dépenses se sont élevées à 3.404 francs, se décomposant ainsi:

I. — *Frais de premier établissement*

a) Frais d'installation	Fr.	200
b) Impressions, frais de conférences		295
c) Crachoirs		317
d) Sacs et numéros		855
II. — *Dépenses courantes*		
a) Enquêteur		825
b) Désinfection et lavage du linge		912
		3.404

Telle est l'activité de notre dispensaire. Ce n'est pas en six mois qu'on peut en apprécier les résultats, mais espérons que dans quelques années nous serons arrivés à diminuer un peu l'offroyable mortalité par tuberculose de notre ville.

M. Demiéville rapporte sur le *Dispensaire de Lausanne:*

Disposant des locaux et du personnel médical et auxiliaire nécessaires, la Policlinique de Lausanne, ainsi déchargée des soucis financiers, était favorisée pour établir un dispensaire pour tuberculeux.

Digitized by Google

Le Dispensaire central de la Policlinique distribuait du reste, depuis plusieurs années déjà, dans une large mesure, aux tuberculeux, des brochures-plaquettes de vulgarisation sur l'hygiène et la prophylaxie de la tuberculose, ainsi que, grâce au fonds de bienfaisance dont elle dispose, des crachoirs, des secours alimentaires, des bons de séjour à la campagne. Il ne restait qu'à étendre ces mesures et à poursuivre les malades jusqu'à leur domicile.

Les consultations spéciales commencèrent en février, mais ne furent complètes qu'au mois de mai 1906. Depuis lors, 52 malades ont été en traitement, soit 15 hommes et 37 femmes. En novembre, il y a encore 32 malades, dont 7 hommes et 25 femmes. Ce nombre restreint tient en partie à ce que, jusqu'ici, aucune réclame ou publicité n'a été faite, ni en ville, ni auprès des médecins. La presque totalité des malades se recrute à la consultation générale. Le dépistage pourra être très facilement augmenté à l'aide d'un personnel de dames auxiliaires.

Les tuberculeux sont reçus trois fois par semaine, dès 4 ½ h. du soir. On prend déjà leur température pendant cinq à huit jours avant leur examen complet, qui a lieu d'après un formulaire spécial. Ils reçoivent des instructions imprimées, des crachoirs avec une solution de lysol ou de lysoforme, quelques médicaments en cas de toux, expectorations ou sueurs excessives ; en hiver, de l'huile de foie de morue, pure ou en émulsion ; en cas de besoin, grâce au fonds de bienfaisance de la Policlinique, des bons de pain, de lait, d'œufs et de viande crue dont la majorité des malades prennent 100 gr. par jour. Quelques-uns la remplacent par du carbovis.

La plupart des malades sont soumis au traitement par la tuberculine Béraneck. Ce traitement, à tout le moins inoffensif, pourvu qu'il soit employé judicieusement et par des mains expérimentées, a l'avantage de permettre de garder les malades mieux en mains. On peut ainsi les suivre de près deux à trois fois par semaine, et intervenir à temps à l'occasion de complications. Tenus par ce fait constamment en haleine, ils ont moins de tendance à se négliger. L'appréciation des effets de la tuberculine présente chez ces malades quelques difficultés qu'on ne retrouve pas dans le traitement hospitalier : certaines élévations de température, par exemple, relèvent souvent d'un excès de travail.

Les crachats sont examinés très aimablement par le laboratoire bactériologique cantonal ; les désinfections, en cas de décès ou de changement de domicile, sont fort bien exécutées par les soins de l'équipe municipale.

Lors de la mise en traitement de tout nouveau malade, une enquête à domicile est faite par une des diaconesses de la Policlinique. Celles-ci étant en contact permanent avec les malades, et généralement très bien vues d'eux, sont bien reçues lors de leur enquête, à laquelle elles savent procéder avec tout le tact et la discrétion nécessaires.

La température des malades est prise régulièrement tous les jours, leur poids chaque mois.

Digitized by Google

Le malade peut lire et méditer tranquillement chez lui les instructions imprimées, tandis que les conseils donnés à la consultation sont souvent rapidement oubliés. Les feuilles murales, publiées par la Société suisse pour la lutte contre la tuberculose, ont été encadrées et appliquées en plusieurs endroits sur les murs du Dispensaire.

Il ne faut pas s'exagérer l'importance des dispensaires antituberculeux *chez nous*, les secours médicaux y étant depuis longtemps beaucoup plus à la portée des classes indigentes que dans les grandes villes.

Au point de vue du traitement, il ne faut pas se faire non plus trop d'illusions, tant qu'un traitement spécifique ne sera pas assuré. On ne doit pas oublier en effet que les tuberculeux manquent le plus souvent de repos et continuent à travailler et à être exposés à beaucoup de facteurs défavorables.

Par contre, à côté des nombreuses conférences sur la tuberculose, la création de ces dispensaires spéciaux a l'avantage d'attirer fortement l'attention sur l'utilité qu'il y a à se traiter de bonne heure pour cette maladie et sur l'importance des moyens de l'hygiène pour la lutte.

Les dispensaires doivent arriver à s'adjoindre autant que possible des aériums, soit galeries de cure et de repos. Ils les établiront dans les conditions les plus simples, soit dans leurs locaux mêmes, soit chez nous plutôt dans le voisinage de la ville, à proximité des lignes de tramway. Ces annexes pourront remplacer en quelque mesure et à bien moins de frais, l'hôpital et les sanatoria impossibles pour beaucoup de malades. C'est à cela que sera utile la collaboration de la Ligue antituberculeuse vaudoise actuellement en formation.

Les femmes de bonne volonté affiliées à cette ligue serviront en outre de dépisteuses et surveilleront à domicile l'exécution des mesures prescrites au dispensaire.

Il est frappant de constater combien est plus forte la proportion des femmes qui veulent bien se soigner; elles sont en outre plus fidèles et plus régulières. Leur travail leur permet sans doute plus facilement une absence d'une heure deux à trois fois par semaine.

Une autre tâche s'impose, aussi urgente que celle des dispensaires, c'est la création d'asiles pour les malades du troisième degré, pour les incurables, que les sanatoria ne peuvent plus admettre et que les hôpitaux repoussent. Le dispensaire leur sera utile encore, mais beaucoup de ces malheureux, logés misérablement, sont abandonnés ou présentent les plus grands dangers pour leur entourage. Sous peine d'encombrer les hôpitaux, ils devraient pouvoir être recueillis dans des asiles spéciaux, cela aussi bien dans l'intérêt de leurs proches que dans le leur propre.

Au point de vue financier il faut aller de l'avant partout avec confiance ; et nos populations, qui ont conscience de l'importance pour tous de la lutte entreprise, ne nous marchanderont pas les moyens de combattre.

MM. Sandoz et de Marval rapportent sur le *Bureau de renseignements* et sur le *Dispensaire antituberculeux du district de Neuchâtel:*

Digitized by Google

Dans le canton de Neuchâtel la lutte contre la tuberculose est engagée depuis plusieurs années. Des études et des efforts ont été faits en vue de l'établissement d'un sanatorium populaire dans le canton. Pour intéresser l'ensemble de la population à la lutte antituberculeuse, on cherche actuellement à constituer des ligues contre la tuberculose dans les différents districts. Jusqu'à présent deux ligues ont été fondées, l'une dans le district de Neuchâtel et l'autre dans celui de Boudry. C'est la ligue du district de Neuchâtel (dont les statuts sont soumis à l'assemblée) qui a créé et organisé le Dispensaire antituberculeux de Neuchâtel, dont l'activité a commencé le 15 février 1906.

Ce dispensaire poursuit en somme les mêmes buts que ceux de Genève et de Lausanne. Il s'en distingue en ce sens qu'il constitue une institution autonome, installée dans des locaux spéciaux, et par le fait qu'il se borne, à l'instar des dispensaires belges et du Dispensaire Emile Roux, à Lille, à faire œuvre de prophylaxie. En outre, en s'inspirant de ce qui se fait à Berlin et dans plusieurs villes allemandes, il ouvre ses portes non seulement à la population indigente, mais à tous ceux qui désirent y obtenir des renseignements.

Dans l'idée de ses fondateurs, le Dispensaire antituberculeux de Neuchâtel ne vise pas à remplacer le sanatorium, l'hôpital ou l'asile. Il n'est pas un instrument de cure, mais cherche à dépister les tuberculeux, à faire de l'assistance bien comprise et de la prophylaxie.

Le dispensaire offre deux fois par semaine des consultations gratuites à tous ceux qui veulent en profiter. Ainsi que l'indique son règlement, il s'efforce de faire œuvre utile dans les familles en y répandant de saines notions d'hygiène et de préservation. Il delivre gratuitement des crachoirs de poche et de table, accorde sous forme de bons des secours alimentaires, des subsides pour locations et pour désinfections ; il fait, quand les circonstances le demandent, le lessivage du linge des malades et facilite à ceux-ci leur placement dans les sanatoriums, hôpitaux ou asiles, suivant la gravité de l'affection. Le dispensaire s'efforce en outre de faire œuvre de préservation pour les descendants des tuberculeux en surveillant leur développement et leur alimentation, et en cherchant au besoin à fortifier leur constitution par des séjours à la campagne.

Le Dispensaire de Neuchâtel ne délivre aucun médicament et n'entreprend pas le traitement des malades ; il estime que son rôle n'est point de se substituer en quelque sorte à l'intervention du médecin traitant, mais bien plutôt de la seconder en améliorant les conditions d'existence de la famille où la maladie sévit et en facilitant les mesures curatives les plus opportunes.

Le personnel du Dispensaire antituberculeux de Neuchâtel se compose de deux médecins, d'une sœur visiteuse et d'une concierge lessiveuse. Les médecins sont chargés d'établir le dossier médical de chaque tuberculeux, la sœur visiteuse fait le dossier social de chaque malade et surveille dans les familles l'application des mesures prophylactiques conseillées et l'em-

Digitized by Google

ploi rationnel des secours accordés par le Dispensaire. C'est au vu de ces deux dossiers que les médécins décident des secours à accorder dans chaque cas, en ayant pour principe d'intervenir le plus largement chez les malades les plus indigents et dans les cas les plus curables.

Les formulaires du Dispensaire, (dont quelques exemplaires sont soumis à l'assemblée), sont établis dans le double but d'avoir des renseignements exacts sur chaque malade et de pouvoir en tirer des indications générales, utiles à la lutte entreprise contre la tuberculose.

Les locaux du Dispensaire, situés au centre de la ville comprennent une salle d'attente, une chambre d'examen pour le service du linge, une buanderie, un séchoir, ainsi que les chambres nécessaires au logement du personnel (sœur et concierge) et au magasinage du linge et des objets d'habillement et de literie. (Les photographies et le plan de ces locaux sont communiqués à l'assemblée).

Les frais de cette installation se sont élevés à la somme de fr. 10,000 environ. Les ressources qui ont permis à la ligue d'entreprendre l'œuvre du Dispensaire ont été recueillies au moyen d'une première collecte faite au printemps de 1905 dans le district de Neuchâtel; elle a produit une somme de fr. 28,774.10. Dans ce chiffre figure environ fr. 12,000 de cotisations annuelles et fr. 16,500 de dons. La collecte de 1906 a produit fr. 22,000.

Pour l'année 1906, le budget du Dispensaire a pu être établi comme suit :

Location des locaux	Fr. 1.000
Traitement du personnel	» 2.800
Achats divers (literie, crachoirs)	» 1.500
Dépenses courantes (buanderie, éclairage et chauffage)	» 700
Secours aux tuberculeux et à leurs familles, fr. 1000 par mois	» 12.000
	Fr. 18.000

Pendant les six premiers mois de son existence le Dispensaire a examiné 230 consultants nouveaux, soit environ 40 par mois. Parmi ces 230 personnes ont été reconnues tuberculeuses 85 (36 %), suspectes 81 (35 %), indemnes 64 (29 %).

Parmi les tuberculeux on en compte 49 du 1er degré (58 %); 22 du 2e (25 %); 14 du 3e (17 %).

Sur 85 tuberculeux, 81 ont été assistés.

Le Dispensaire leur a fourni 30 crachoirs de poche, 35 litres de solution désinfectante, 6.200 litres de lait (moyenne 1000 litres par mois), 1300 œufs (moyenne 200 par mois), 800 kilos de pain (moyenne 130 par mois, 37 bons d'épicerie (bons de 10 à 20 fr.), 30 boîtes d'ovomaltine ou de carbovis.

Pendant ces six premiers mois, le Dispensaire a payé totalement ou partiellement 34 mois de séjour dans un sanatorium à 18 malades, 7 mois

Digitized by Google

de séjour dans un hôpital à 4 malades et 21 mois de séjour à la campagne à 13 enfants prédisposés. Il a fait procéder à 4 désinfections complètes de logements, et à 5 désinfections d'objets de literie et de vêtements ; il a fait 45 lessivages pour 8 familles. Il est intervenu 21 fois pour paiements de loyer, il a donné 36 fois des pièces d'habillement ou de literie, 3 fois des bons de combustible.

Les 86 familles de tuberculeux ont reçu 508 visites de la sœur; pour les 230 consultants le Dispensaire a donné 541 consultations, ce qui représente une moyenne de dix personnes par jour d'ouverture du Dispensaire.

M. Hensler, directeur du Sanatorium populaire de Leysin, a déjà remarqué les heureux effets des Dispensaires antituberculeux ; les malades arrivent plus tôt au sanatorium et les chances de guérison en sont augmentées d'autant.

M. de Cérenville adresse un pressant apppel aux médecins présents pour qu'il se fonde dans tous les districts du pays des dispensaires et qu'ainsi la lutte contre le fléau se généralise toujours plus.

M. D'Espine remercie ses collègues pour leurs remarquables rapports qui témoignent d'un pas en avant important dans la lutte contre la tuberculose en Suisse. Il recommande de suivre l'exemple du Dispensaire de Neuchâtel dans l'*emploi des femmes* comme visiteuses des malades à domicile. Elles sont mieux reçues que les hommes dans les ménages, elles voient mieux qu'eux les détails et leurs conseils ont plus de chance d'être suivis.

Banquet. — M. Maillart ouvre la série des discours, comme vice-président de la Société médicale de Genève, Vorort pour 1907 :

Mes chers confrères,

Si j'ai le plaisir de vous adresser ici la parole et si vous avez la corvée de m'entendre, nous le devons à un vestige traditionnel qui nous vient encore de notre ancienne fédération des sociétés romandes dont le Vorort changeait chaque année. Depuis cinq ans nous avons remis la direction de notre Société à un comité permanent et les présidents locaux n'ont plus que le privilège de présider à leur tour ce banquet.

Pour ma part, et je suis certain que j'aurai peu de contradicteurs, je ne regrette pas notre ancienne organisation; je ne me sens pas l'étoffe d'un *laudator temporis acti*. En entendant chaque année à cette séance d'Ouchy le compte-rendu de l'activité de notre Comité romand, nous pouvons tous nous rendre compte de la somme d'excellente besogne qu'il accomplit sans bruit et sans frais et cela à notre plus grand avantage. Le grain qu'il a patiemment semé, le plus souvent avec labeur dans un terrain rocailleux, nous le voyons lever maintenant peu à peu et nous pouvons déjà enregistrer de bonnes récoltes mises au sec. Croyez-vous qu'avec le lien trop lâche qui nous unissait naguère, nous eussions pu faire triompher nos vues contre la coalition des bureaucrates dans les questions d'assu-

Digitized by Google

rance militaire ? Et ce succès nous en présage d'autres, car nous savons que nos intérêts sont en de bonnes mains.

Notre premier devoir aujourd'hui, Messieurs, au moment où nous sommes tout à la joie de passer quelques heures ensemble, c'est d'adresser à notre vaillant Comité romand l'expression de notre profonde reconnaissance pour tout ce qu'il accomplit de bonne besogne. Disons une fois, *coram publico*, à nos élus, que leurs efforts, ils ne les ont pas faits pour des ingrats et qu'à côté du sentiment du devoir accompli, consolation de tous ceux qui n'en ont point d'autre, ils peuvent avoir l'assurance de la gratitude de tous leurs commettants. Et cette gratitude se porte naturellement à tous ceux avec lesquels ils ont travaillé ; tous les membres de la Chambre médicale et de son émanation la Commission médicale ont la même place dans nos cœurs et parmi eux je suis heureux de saluer ici très cordialement notre collègue Feurer, représentant le *Centralverein*.

Cette évolution, qui nous paraît aujourd'hui déjà si féconde en résultats, était absolument nécessaire et elle marque bien le changement qui s'accomplit chaque jour dans le rôle du médecin. Si les médecins romands, les plus déterminés individualistes de tous les médecins, qui sont tous des individualistes par définition, si les médecins romands, dis-je, ont senti le besoin de former un faisceau plus solide, c'est qu'ils ont senti en eux une mentalité différente de celle de nos prédécesseurs.

Autrefois le médecin avait une besogne purement individuelle ; soignant des malades isolés les uns des autres, il n'avait besoin de personne pour accomplir toute sa tâche et, sauf ses malades, personne ne songeait à s'adresser à lui ; on ne venait pas lui demander comment il faut faire des lois, construire des villes, abreuver et nourrir les populations, élever les enfants. Chaque jour nous apporte un changement à cet état de choses. De conseiller privé et individuel, le médecin devient un conseiller social : travailleurs des laboratoires, chefs de services d'hôpitaux, praticiens des villes et des campagnes, tous nous sommes appelés maintenant à conseiller ou même à diriger la collectivité dans les tâches diverses qu'elle assume. Tous nous sommes appelés à transporter sur le terrain de la pratique les découvertes merveilleuses que le patient labeur des chercheurs nous révèle chaque jour.

Ce rôle social, vous l'avez bien compris, chers confrères vaudois, et le brillant succès que vous venez de remporter dans la question de l'absinthe, montre que notre peuple sait écouter notre voix quand nous lui parlons raison. Vos collègues des autres cantons, qui ont suivi votre belle campagne, ont été les premiers à applaudir à votre succès.

D'autre part, si la collectivité a besoin de nous, nous-mêmes, nous ne pouvons plus agir entièrement seuls. La spécialisation des diverses branches de la médecine, le développement toujours plus complexe des méthodes thérapeutiquess nous oblige toujours plus à nous rapprocher les uns des autres, à nous utiliser mutuellement, si j'ose m'exprimer ainsi.

Digitized by Google

Eh bien ! Messieurs, ce rôle agrandi du médecin, je le vois se développer avec orgueil et c'est avec fierté que je me sens faire partie d'un corps social qui peut toujours mieux rendre des services à autrui.

Mais il implique de notre part des devoirs impérieux. Pour être à la hauteur de ce qu'on exige de nous, nous devons être de plus en plus aptes scientifiquement et moralement à accomplir notre sacerdoce, et nous devons être de plus en plus unis.

Pardonnez-moi, mes chers collègues, ces paroles sérieuses, je dirai même ce bout de prêche à la fin d'un banquet, mais réunis un instant avant de nous replonger dans le labeur de chaque jour, c'est le seul moment de l'année où nous sentons qu'enfants du même pays, pratiquant la même vocation, notre vraie joie sera de servir fidèlement notre patrie. Comme on s'attache toujours aux êtres pour lesquels on s'est dévoué corps et âme, je suis certain que la belle tâche sociale que l'évolution naturelle des choses nous réserve chaque jour plus grande, contribuera à rendre toujours plus profond l'amour de notre pays.

Je ne sais si nos arrière-neveux verront un jour s'abaisser les frontières et si leur patrie sera la vaste humanité. Mais, si ce jour arrivait, il faudrait que les Suisses aient pu semer dans le monde assez d'idées fécondes et aient suffisamment contribué au progrès général pour qu'ils ne se sentent pas dépaysés dans cette confédération de tous les peuples. En tous cas, puisque nous sommes en mesure de le faire, continuons à travailler avec zèle au bien-être, à la santé, à la prospérité de notre petite Suisse à nous, et tâchons dans ce microcosme, de former un corps médical qui soit par son union et son amour du bien en exemple à tous nos concitoyens.

A notre union pour notre pays !

M. Feurer, président du *Centralverein*, est salué par des bravos enthousiastes ; dans un toast chaleureux, prononcé en allemand et fort applaudi, il dit spirituellement qu'on est habitué à venir à Lausanne lorsque des plaideurs se disputent devant le Tribunal fédéral, ou bien lorsqu'une santé ébranlée cherche à se rétablir sur les bords du Léman ; l'orateur est heureux d'y venir aussi pour entendre parler des nouveautés scientifiques si bien exposées aux séances de la Société médicale de la Suisse romande.

M. Berdez s'adresse aux dames et dans un toast mythologique manie avec son aisance habituelle la louange et l'ironie.

M. Marc Dufour termine en rappelant le souvenir des confrères âgés qui n'ont pas pu se joindre à nous et vide sa coupe à la santé de M. Léon Revilliod, qui par une lettre débordante d'affection confraternelle s'était excusé de ne pouvoir se déplacer.

Et, comme le dit Jean de Müller de nos pères, chacun s'en fut dans sa maison.

Le Secrétaire, Dr Charles Krafft.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 31 mai 1906, à l'Hôpital Cantonal

Présidence de M. Maillart, Vice-Président.

Membres présents 24, étrangers 11.

M. Askanazy tient à dire que la tumeur présentée à la Société dans une séance précédente par M. Kummer, (voir page 300), tumeur qu'il a examinée histologiquement est pour lui un *angiosarcome*.

Il présente le poumon d'un homme âgé de 39 ans, mort à la Clinique médicale à la suite d'une pneumonie lobaire.

A l'autopsie le poumon droit montre une hépatisation grise des lobes moyen et inférieur. L'exsudat alvéolaire contient seulement des pneumocoques en grande quantité. Le poumon gauche est fortement adhérent à la deuxième côte qui est le siège d'une ancienne fracture double. A ce niveau la plèvre est épaissie, le poumon induré et une bronchectasie ampullaire s'est formée dans la partie ratatinée du poumon. Elle a le volume d'un œuf de pigeon et est entièrement bourrée d'une masse dure, vert-brunâtre ayant l'aspect typique de la mycose aspergillaire. En effet le microscope y révèle un feutrage épais de filaments d'aspergillus. On n'y rencontre pas d'organes de fructification, le mycélium ne prend plus les matières colorantes et plusieurs tubes ensemencés avec cette matière et gardés à l'étuve ne présentent pas les pullulations du champignon.

Il s'agit ici d'une *bronchomycose aspergillaire secondaire*, parce que le champignon s'est développé dans une caverne préexistante et consécutive à une lésion pulmonaire traumatique. Les filaments ne pénètrent pas dans le tissu de la paroi bronchique modifiée, cependant, comme on peut le voir sur les coupes présentées, les masses parasitaires contribuent à l'accroissement de la cavité en déprimant par places la face interne de la paroi de la bronche dilatée.

Quant à l'étiologie du cas, M. Askanazy relève le fait qu'une caverne préformée favorise la fixation et le développement de l'aspergillus par sa chaleur, son humidité et son contenu en oxygène. Le métier qu'exercait le défunt pourrait aussi avoir joué un rôle : il s'agit d'un jardinier, qui était chaque jour en contact avec des matières végétales souvent chargées de spores d'aspergillus. M. Askanazy a observé un cas analogue chez un ouvrier ayant travaillé dans des entrepôts de blé.

M. Ed. Martin, présente une enfant opérée d'un *goitre* resté pendant longtemps à l'état d'une petite grosseur peu gênante, mais qui subitement s'est développé amenant des accidents respiratoires. Ce développement insolite doit être attribué à des hémorragies intra-thyroïdiennes dont il est facile de voir les traces à la coupe.

M. Machard présente :

Digitized by Google

1° Une fillette de 4 ans 1/2 guérie d'une *luxation congénitale de la hanche* gauche. Elle marche sans claudication, il n'existe pas de raccourcissement. La radiographie montre la tête fémorale en position normale. Le traitement a duré quinze mois : extension continue pendant dix jours, narcose à l'éther, pétrissage des adducteurs, réduction de la luxation ; appareil plâtré, maintenant le membre inférieur à 70° de flexion et 70° d'abduction ; huit mois après, narcose à l'éther, appareil plâtré avec position rapprochée de moitié de la position normale de la jambe; cinq mois plus tard, troisième appareil plâtré ramenant la jambe à la position droite avec rotation interne du genou. Ce dernier appareil a été enlevé le 28 février 1906. Résultat parfait ; une radiographie du mois d'avril 1906 démontre le maintien de la réduction.

2° Un jeune garçon âgé de 13 ans, guéri par l'*entérostomie* d'une *péritonite suppurée généralisée*, suite d'*appendicite*.

Lorsque M. Machard a vu le malade pour la première fois, il était au huitième jour d'une appendicite, avec fièvre, pouls fréquent, abdomen excessivement ballonné et très sensible, vomissements porracés, en un mot en pleine péritonite, et déjà très intoxiqué. M. Machard l'opéra immédiatement, après quelques hésitations cependant, justifiées par l'état en apparence désespéré du jeune garçon.

Incision iliaque droite avec drainage et lavage du péritoine à l'eau salée ; écoulement d'une grande quantité de liquide purulent fétide ; les anses intestinales sont recouvertes de fausses membranes, il n'y a pas de foyer limité, la péritonite est généralisée. Amélioration passagère.

Le lendemain le ballonnement augmente, les vomissements porracés sont plus abondants, le pouls plus fréquent et plus petit. On pratique alors l'entérostomie sur une anse intestinale grêle faisant hernie dans la plaie opératoire à côté du drain. Quelques heures après une certaine quantité de gaz s'échappent par l'ouverture intestinale, et la météorisme ayant diminué, les drains qui avaient cessé de fonctionner, laissent écouler un liquide purulent, puis il se produit dans la cavité une débâcle de matières. Amélioration rapide ; un mois après fermeture de l'intestin. L'opération a été très laborieuse, plusieurs sutures intestinales ont été nécessaires, les anses grêles et le cæcum formant un bloc adhérent à la paroi abdominale. C'est l'entérostomie qui a empêché le malade de succomber à la péritonite.

M. Vallette demande si on a observé des cas de guérison durable pour des luxations congénitales de la hanche traitées orthopédiquement et si l'augmentation du poids du corps ne ramène pas fatalement le déplacement.

M. E. Martin : Lorsque la cavité cotyloïde est peu profonde, la luxation se reproduit facilement. Il y a des cas plus heureux.

M. Machard a vu plusieurs fois des récidives, mais pas toujours. Les luxations doubles surtout sont difficiles à guérir.

M. Ch. Julliard présente un garçon de 12 ans atteint de *crises épilep-*

Digitized by Google

tiformes consécutives à une *ancienne fracture du crâne*, et ayant complétement disparu depuis que l'on a pratiqué l'évacuation d'un gros kyste sous-dural par la craniotomie.

L'enfant était tombé à l'âge de 2 ans et avait reçu le choc d'un vase sur la tête. Il en était résulté une fracture du crâne, sous cutanée, par enfoncement, s'étendant de 3 cm. au-dessus de l'angle externe de l'orbite jusqu'à la partie postérieure de l'écaille du temporal, à gauche. A la suite de l'accident, le petit blessé fut paralysé du côté gauche. Cette paralysie s'amenda assez rapidement et, au bout de 18 jours, l'enfant pouvait de nouveau marcher seul.

Au cours de son développement ultérieur, on constata que la jambe et le bras du côté droit ne croissaient pas aussi rapidement qu'à gauche. L'enfant boitait et ne pouvait se servir de sa main. Sept ans après l'accident, les crises épileptiques débutèrent. D'abord assez espacées, elles se rapprochèrent peu à peu, si bien qu'au bout de quelque temps, elles survinrent au nombre de 9 à 10 par jour. Les renseignements obtenus ne permettent pas d'établir si elles eurent un type nettement jacksonnien au début; toujours est il qu'avant l'opération elles présentaient tout à fait le type de l'épilepsie généralisée : chute brusque, contraction générale, mouvements toniques puis cloniques dans tous les membres indistinctement.

Avant l'opération on constata l'existence de l'enfoncement crânien, indolore. Arrêt de développement de toute la moitié droite du corps y compris la face et le thorax. Exagération des réflexes, clonus du pied, signe de Babinski positif.

L'opération qui fut pratiquée fut la suivante : Incision du cuir chevelu en U avec base supérieure. Section d'un volet osseux, attenant au périoste et à la peau, et ayant 10 cm. de haut sur 9 de base, au niveau du pariétal et du temporal. L'extrémité du volet comprenait la région de l'enfoncement crânien. Cette section, pratiquée simplement au ciseau et au maillet, fut faite sans difficulté. A un moment donné le ciseau pénétra dans le crâne et perfora la paroi d'un kyste qui laissa échapper du liquide séreux. A ce moment le malade manifesta des symptômes de décompression cérébrale : pâleur de la peau, arrêt de la respiration. Ces troubles ne durèrent que quelques secondes et ne reparurent plus. Le volet fut cassé à sa base et relevé facilement. On vit alors la cavité du kyste, du volume d'un œuf de poule, le cerveau déprimé sur toute l'étendue correspondant à la région motrice et arrêté dans son développement à ce niveau. Le kyste était sous-dural. La dure-mère avait contracté des adhérences intimes avec le crâne et avait donné lieu à la formation de nombreux ostéophytes qui garnissaient la table interne comme une couche de tuf. La dure-mère était un peu épaissie, mais non adhérente au cerveau. Le kyste étant vidé, on se borna à remettre le volet osseux à sa place, à suturer le périoste et la peau et à laisser un drain dans la plaie.

Pendant les jours qui suivirent l'opération, il sortit une quantité considérable de liquide séreux par le trajet du drain. Les suites immédiates de

Digitized by Google

l'opération furent excellentes : la plaie guérit *per primam*; le volet osseux bien que de 90 cm² de surface se souda très bien au crâne. Le malade eut encore deux crises le lendemain de l'opération, jour où on enleva le drain. Dès ce moment, soit depuis trois semaines, il n'en a plus eu du tout.

Les résultats tardifs sont intéressants à considérer. La cavité du kyste doit se combler et la substance qui remplira le vide, tissu fibreux ou liquide renouvelé, risque de reproduire des phénomènes de compression sur le cerveau qui pourraient amener le retour des crises. Il importe donc de réserver le pronostic éloigné. Quant au défaut de développement des membres, il pourra peut-être s'amender dans le cours de la croissance ultérieure de l'enfant.

Si les crises reparaissent M. Julliard se propose de ponctionner simplement le kyste, procédé qui a déjà été suivi de succès dans d'autres cas semblables [1].

M. Long : Le diagnostic exact de la lésion, cause des crises, était impossible. Sous l'os brisé on pouvait trouver un foyer de ramollissement du liquide ventriculaire, etc. Il est probable que la substance cérébrale ne pourra pas reprendre sa place.

M. Julliard répond à deux questions de M. Eug. Revilliod, 1° qu'il était impossible de réséquer les parois du kyste. Il est probable que celui-ci se reformera ; il faudra alors essayer de le ponctionner, 2° que l'enfant ne parle que patois et que de plus il y a chez lui une déchéance intellectuelle assez prononcée.

M. G. Audeoud présente un malade de son service (clinique de M. le prof. Bard), jardinier âgé de 46 ans sans antécédents héréditaires ni personnels, qui dit n'avoir jamais eu la syphilis. Les premiers symptômes de sa maladie remontent au mois de décembre dernier ; il eut alors durant une quinzaine de jours une vessie impérieuse, puis ce symptôme disparut. Depuis le commencement de l'année, très progressivemement, il perd la force de ses jambes, dit-il ; il ressent en même temps dans ces membres, des douleurs qu'il compare à un déchirement. Les symptômes ont progressé insidieusement ; depuis la fin avril il ne peut pas mener sa brouette.

Il entre le 11 mai à l'hôpital où il vient en partie en char, en partie à pied. A ce moment déjà on constatait une ataxie marquée, du signe de Romberg, puis une diplopie monoculaire passagère. Quelques jours après on remarquait une réaction lumineuse normale de la pupille droite, tandis que la pupille gauche, qui réagit d'abord bien, ne maintient pas sa

[1] A la séance du 25 octobre 1906, M. Julliard donne des nouvelles du malade en question. L'amélioration post-opératoire n'a duré que six semaines. Passé ce délai les crises ont reparu, d'une façon soudaine et bruyante et très rapprochées les unes des autres. On a pratiqué alors une ponction intracrânienne qui ramena 60 à 80 grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche. A partir de ce moment, les crises cessèrent et n'ont pas encore récidivé aujourd'hui, soit depuis trois mois environ.

Digitized by Google

contraction, sauf par l'éclairage de l'œil droit (réflexe consensuel). L'ataxie s'accentue rapidement, aussi bien aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. Depuis quelques jours il s'y ajoute de la parésie de l'orbiculaire palpébral gauche, puis du droit. Le malade devient très rapidement, très dysarthrique et dysphagique. Le pouls bat 116 à la minute. Il n'existe pas de troubles de la sensibilité tactile, thermique ou algésique. Le liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction lombaire n'a pas présenté de lymphocytose, cependant on peut conclure à un cas de *polynévrite tabétique* à marche très rapide.

M. Gautier demande si l'on a essayé le traitement spécifique et apprend qu'il est commencé.

M. Long montre un homme qui a eu en octobre dernier une fracture du col du fémur, fracture traitée par un de nos plus distingués rebouteurs. A la suite de cet accident et malgré une bonne consolidation, le malade ne peut marcher qu'avec de grandes difficultés, beaucoup de contorsions et en étant soutenu par deux personnes. Au lit par contre, ce malade peut mouvoir facilement ses jambes. Il s'agit d'une *astasie-abasie* provoquée par une idée fixe. C'est un cas d'hystérie traumatique, quoique on ne rencontre pas ici d'autres stigmates de la névrose. La débilité mentale assez accentuée de ce malade constitue un terrain très favorable au développement d'une idée fixe. La suggestion impérative, est le seul traitement capable, dans ce cas là, de donner quelque résultat.

M. Girard présente un malade ayant été opéré d'une *tumeur de l'extrémité supérieure de l'humérus*. C'est une tumeur maligne provenant de l'os. Ce néoplasme, étant vraisemblablement une métastase d'un foyer primitif qu'on n'a pu ni découvrir, encore moins atteindre chirurgicalement, n'indiquait pas une opération trop considérable, comme la désarticulation scapulo-thoracique. D'autres métastases sont en effet à redouter. Une greffe osseuse a été prise sur le tibia pour suppléer à l'os enlevé. L'opération date de quatre semaines et le bras a déjà repris une certaine solidité.

M. Askanazy qui a examiné la tumeur enlevée a trouvé qu'elle ressemblait à un *hypernéphrome*.

M. Girard montre encore une fois le malade qui avait absorbé de l'*acide chlorhydrique* et auquel il a fait la *gastro-entéro-anastomose* (voir p. 352). L'estomac était en bissac, la loge la plus petite était du côté du pylore, ce qui provient de ce que l'estomac tâche d'expulser l'acide absorbé en le poussant vers le pylore. C'est là que se fait la corrosion et secondairement le rétrécissement cicatriciel.

M. Maillart pense que le liquide corrosif ulcère les parties prépyloriques de l'estomac qui est un organe beaucoup plus vertical qu'on ne le représentait autrefois ; aussi en vertu des lois de la pesanteur, ce sont ses parties inférieures qui reçoivent en premier lieu les ingesta.

M. Girard fait observer cependant que même les malades qui ont absorbé des corrodants, étant couchés sur le dos, ont eu leurs ulcérations

Digitized by Google

dans la région prépylorique. L'explication physiologique de cette localisation, lui paraît devoir dans ces derniers cas prévaloir certainement sur l'explication purement mécanique.

Il montre encore un malade auquel il a fait l'*extirpation totale du larynx pour un carcinome*. En attendant le larynx artificiel, on pourra ajuster sur la canule trachéale, un tube de caoutchouc qui ira dans la narine. Ainsi l'air expiré pourra sortir par la bouche et le malade pourra parler.

M. Long montre le liquide provenant d'une ponction lombaire faite chez un malade en *delirium tremens*. Ce liquide contient beaucoup de sang, en partie laqué. On peut ici diagnostiquer une *pachyméningite hémorragique*.

Le vice-secrétaire, Dr M. Roch.

Séance du 3 octobre 1906.

Présidence de M. Maillart, vice président.

27 membres présents.

M. Thomas lit l'observation d'un malade atteint *d'anurie calculeuse*, et mort après l'opération de la *néphrotomie* (voir p. 639).

M. Jeanneret demande si l'on a essayé de la radiographie pour rechercher les calculs.

M. Thomas : Ce procédé n'a pas donné de résultat vu l'embonpoint du malade.

M. J.-L. Reverdin : Les interventions chirurgicales dans les anuries calculeuses ne sont guère couronnées de succès que si elles sont pratiquées dans les quatre ou cinq premiers jours. Pour qu'il y ait anurie absolue il n'est pas nécessaire que l'obstruction soit complète, il suffit que le corps étranger gêne la fonction d'élimination de l'urine ; le rein, alors, se congestionne et ne fonctionne plus.

M. Eug. Revilliod a vu la radiographie échouer même chez des individus maigres.

M. J.-L. Reverdin fait remarquer qu'on ne trouve pas d'hydronéphrose quand l'uretère est tout à fait bouché. L'hydronéphrose clinique ne se produit que d'une façon chronique.

M. Askanazy rappelle que dans le cas actuel il y avait bien un peu d'hydronéphrose.

M. Maillart : Les calculs du rein étant uriques laissent passer les rayons Röntgen et ne sont donc pas perçus à la radiographie.

M. Roch, au nom de MM. Jeanneret et Lamunière, internes à l'hôpital cantonal, et au sien, donne un résumé de seize observations de mala-

Digitized by Google

dies traités en 1906 dans le service du prof. Bard à l'Hôpital pour *rhumatisme articulaire aigu*. Ces malades ont reçu alternativement du *salicylate de soude* et de l'*aspirine*.

L'aspirine est un acide acétylsalicylique qui ne se dissout, ne se décompose en ses deux éléments et n'est absorbé ainsi décomposé que dans l'intestin. Depuis 1899 qu'elle est dans le commerce elle a toujours passé pour agir comme le salicylate de soude, tout en étant mieux supportée par l'estomac. Il est facile de constater en effet que l'aspirine agit au début de la maladie aussi bien que le salicylate, mais dans le cas où la température reste subfébrile, où les douleurs persistent, où il y a tendance aux rechutes malgré la continuation du traitement par le salicylate, l'administration de l'aspirine a donné d'excellents résultats. De plus dans le cours d'un traitement on peut remplacer sans inconvénients et même quelquefois avec avantages de fortes doses de salicylate (5 à 6 ou 7 gr.) par des doses beaucoup plus faibles d'aspirine (2 à 3 gr.). Celà est d'autant plus surprenant que l'aspirine a un poids moléculaire plus élevé que le salicylate de soude : 180 contre 160, et que par conséquent 1 gr. d'aspirine n'équivaut chimiquement au point de vue de la teneur en acide salicylique qu'à 0,88 ctgr. de salicylate de soude.

Cette supériorité évidente quoique paradoxale de l'aspirine tient peut être à ce que ce corps est absorbé d'une façon plus lente et plus continue que le salicylate de soude. Il ne donnerait pas lieu comme le salicylate à des périodes d'hypersaturation suivies assez rapidement d'une période d'hyposaturation salicylée. Celà pourrait expliquer aussi pourquoi beaucoup d'auteurs ont pu noter que les inconvénients auriculaires et cérébraux si fréquents avec l'emploi du salicylate sont beaucoup moins à craindre avec celui de l'aspirine.

M. Gautier est très favorable à l'aspirine. Il donne du salicylate au début de l'affection si la température dépasse 38°4 (4 grammes). Si le malade est subfébrile il donne de l'aspirine (3 gr. au maximum). Si le salicylate est mal supporté, il donne de l'aspirine d'emblée, avec de bons résultats. Il fait remarquer que si l'on reprend le salicylate après l'avoir abandonné, il agit moins bien. Il est préférable de donner le médicament en solution préparée au moment même avec une poudre plutôt qu'en potion. La salipyrine est aussi un bon médicament dans les formes subaiguës du rhumatisme.

M. Thomas demande si l'amélioration constatée par M. Roch n'est pas due aux bonnes conditions dans lesquelles se trouve placé le malade à l'hôpital plutôt qu'au médicament lui-même.

M. Henri Revilliod demande s'il ne serait pas préférable d'administrer le salicylate dans des capsules de gluten, afin de ne le laisser s'absorber que dans l'intestin. On éviterait de la sorte l'action de ce corps sur l'estomac et la comparaison de son action avec celle de l'aspirine serait plus étroite.

M. Roch tiendra compte de ce fait dans ses observations ultérieures.

Digitized by Google

Il répond à M. Thomas que l'influence de l'hospitalisation est évidente, mais qu'elle ne peut être très accentuée en l'espèce, eu égard à la constance des résultats obtenus.

M. Roch a recherché lui-même le début de l'élimination de l'aspirine et du salicylate dans l'urine. Le salicylate apparaît avant l'aspirine.

M. de Mutach fait remarquer que les capsules glutoïdes de Sahli ne se conservent pas. Elles ont été remplacées à Berne par le salicylate de méthyle.

Il signale le fait qu'avec l'aspirine à petites doses on a observé du coleapsus chez les tuberculeux.

M. Roch : Le fait est connu, mais non de nature à faire éliminer l'emploi du médicament chez les tuberculeux, car certains auteurs l'ont utilisé pour produire l'abaissement de la température chez les malades.

Le Secrétaire : Dr Ch. Julliard.

BIBLIOGRAPHIE

A. Doederlein. — Précis d'opérations obstétricales, traduit par L. Aubert; un vol. in-8 de 212 p., avec 150 fig., Genève, 1906, Kündig.

Ce petit ouvrage du savant professeur d'obstétrique de l'Université de Tubingue, a eu un grand succès en Allemagne où il est déjà arrivé à sa sixième édition, aussi M. Louis Aubert, privat-docent de gynécologie à la Faculté de Genève, a-t-il rendu un véritable service aux étudiants et aux praticiens de langue française en traduisant celle-ci à leur usage. Il ne s'agit point là d'un traité complet de l'art des accouchements, mais d'un exposé technique des opérations obstétricales les plus usuelles qui peuvent être répétées et étudiées sur le mannequin. Cet exposé est précédé d'un chapitre consacré au mécanisme de la parturition, comprenant la description du bassin, de la tête fœtale, des diverses présentations et du mécanisme de l'accouchement dans les cas d'engagement pathologique dans un bassin rétréci. Quant aux opérations, l'auteur parle successivement de la version, de la transformation des présentations de la face et du front en occipito-antérieures, des applications du forceps, de l'extraction manuelle dans les présentations du pied et du siège, de la technique dans les présentations dorso-postérieures, enfin de la perforation crânienne, de la céphatotripsie et des autres mutilations fœtales. De très nombreuses figures viennent en aide aux descriptions théoriques et ajoutent encore à la valeur pratique de cet excellent manuel.

C. P.

Digitized by Google

VARIÉTÉS

Compte rendu sur la jurisprudence et la littérature médicale spéciales aux accidents du travail.

Maladies nerveuses et accidents du travail

Le *quatrième Congrès international de médecine des assurances* tenu à Berlin du 10 au 15 septembre 1906, s'est occupé tout spécialement des rapports existant entre les accidents du travail et les maladies nerveuses. Je pense que les conclusions des rapporteurs, sur les différentes questions mises à l'ordre du jour[1], peuvent présenter quelque intérêt, pour ceux qui n'ont pu suivre les délibérations du congrès.

En voici les principales :

Névrose traumatique : Prof. Cramer, rapporteur.

1° Tout accident n'a pas pour conséquence l'aggravation d'une névrose préexistante.

2° On voit, d'autre part, survenir une aggravation d'une névrose préexistante, sans qu'il y ait eu accident ni aucune cause appréciable ; cette aggravation se manifeste par les mêmes symptômes que celle qui succède à un accident.

3° L'aggravation d'une névrose, à la suite d'accident, est représentée en général par l'apparition « en plus grande quantité » (*ein quantitativ stärkeres Hervortreten*) des phénomènes préexistants.

4° Si, à cette aggravation, s'ajoute une modification qualitative des signes préexistants, on peut, sans aucun doute, rapporter cette aggravation à l'accident.

5° La nature des symptômes dus à l'aggravation peut se caractériser d'une façon plus exclusivement corporelle, ou revêtir un caractère psychique localisé.

6° Une anamnèse suffisante est nécessaire pour l'appréciation de l'aggravation d'une névrose, et on devrait en tenir compte, dans une beaucoup plus grande mesure, dans les rapports sur les accidents.

Prof. Windscheid, co-rapporteur :

1° Quant à la neurasthénie et à l'hystérie, l'accident est capable d'exercer une influence fâcheuse sur une prédisposition congénitale, qui résulte elle-même de l'existence d'un système nerveux inférieur, et cette influence est d'autant plus marquée que les symptômes nerveux étaient déjà plus accusés avant l'accident.

2° L'accident fait de la simple neurasthénie ou hystérie, le syndrome morbide connu sous le nom de névrose traumatique et constitué par de la neurasthénie, de l'hystérie et de l'hypochondrie. En même temps il réveille

[1] *Monatschrift f. Unfallheilkunde*, n° 9, septembre 1906.

Digitized by Google

chez la victime des idées de convoitise à l'égard d'une rente, idées auxquelles son état d'infériorité nerveuse l'empêche de s'opposer.

3° L'accident est aggravant surtout en ce qu'il provoque des manifestations morbides locales à côté des symptômes nerveux généraux préexistants, manifestations qui se traduisent par une concentration de la sensibilité au niveau de la région traumatisée, et qui finalement déplacent tous les autres symptômes précédents.

4° Les formes de névrose qui sont le plus aggravées par un accident sont celles qui présentaient, déjà auparavant, une tendance hypochondriaque.

5° L'accident crée, chez le névrosé, la tendance funeste de rattacher à cet évènement tous les symptômes morbides qui surviendront postérieurement, et cela, surtout parce que le désir de la rente éveille en lui le désir d'être indemnisé aussi pour ces symptômes. On ne doit pas envisager ces malades comme des simulants ou des gens de mauvaise volonté.

6° Le traitement des névrosés est rendu considérablement plus difficile par un accident, parce que la rente apparaît alors, aux malades, préférable à l'effort qu'il faut déployer pour guérir.

7° L'amélioration d'une névrose traumatique typique ne survient jamais spontanément.

Au cours de la discussion qui a suivi cet exposé, le Dr Wimmer a fait les remarques suivantes au sujet de l'*indemnité* à accorder aux victimes de névrose traumatique :

« Le système de la rente ne vaut rien, tandis que l'allocation — aussi rapide que possible — d'un capital, est justifiée, aussi bien au point de vue thérapeutique qu'au point de vue des assurances.

« Vu la grande difficulté qu'il y a à évaluer l'invalidité permanente des névrosés, d'une façon exacte, étant donné le peu de temps dont on dispose (temps qu'il serait dangereux de prolonger), vu également l'impossibilité de tenir compte des complications organiques futures éventuelles, l'allocation, en une fois, d'un capital unique, n'est pas admissible, et il faut recommander le procédé employé en Danemark, qui consiste dans l'allocation d'une somme en deux fois (*in zwei Stadien*) ».

Ce procédé est loin de réaliser les avantages qu'il semble présenter, car il aura pour conséquence l'entretien de la maladie jusqu'à la seconde allocation.

On a proposé — en dehors du congrès — d'autres manières de faire. Il faudrait considérer les malades atteints de névrose traumatique comme définitivement et complètement incapables de travailler, et par conséquent leur allouer le maximum.

On conçoit les effets funestes d'une semblable attitude sur l'évolution de la maladie. Elle ne se justifie guère, du reste, au point de vue de l'équité.

Enfin on a voulu attribuer à ces malades une somme fixe *moyenne* établie d'avance, et semblable pour tous les cas, c'est-à-dire indemniser la névrose traumatique « à forfait ».

Digitized by Google

Cette solution — non parfaite, certes — est peut-être, à tout prendre, la plus applicable en pratique.

Notons, pour terminer ce sujet, cette phrase du prof. Gaupp, de Munich, qui envisageait, devant le congrès, l'influence exercée par la loi allemande sur le cours des maladies nerveuses et mentales :

« Le pronostic de la névrose traumatique dépend moins du tableau symptomatique spécial, que de la situation personnelle du blessé et de l'allure du procès. »

Ce qui vient d'être dit sur la névrose traumatique se rapproche singulièrement du contenu d'un rapport d'expertise, très détaillé, rédigé sur ce sujet par la Faculté de médecine de l'Université de Berlin, *in corpore*, le 6 juillet 1897, à la demande de l'Office impérial allemand des assurances

Cela nous prouve que la solution pratique de la question de la névrose traumatique n'est pas facile à trouver.

D'autre part, MM. Cramer et Unverricht se sont élevés contre l'affirmation de M. Windscheid, lequel prétendait que les idées de convoitise du malade pour une rente font partie du tableau symptomatique de la névrose traumatique.

Épilepsie essentielle. — L'accident peut aggraver une épilepsie, en ce sens qu'il peut déterminer l'apparition de la première attaque chez un prédisposé.

Une épilepsie préexistante peut être aggravée par un accident, en ce sens, qu'à l'épilepsie s'ajoutera une névrose traumatique et que les deux affections se mêleront (Windscheid).

Chorée. — Une chorée peut être aggravée dans son intensité par un accident, ou bien il peut s'y ajouter une névrose (Windscheid).

Maladie de Basedow. — Cette affection est, dans la règle, considérablement augmentée par un accident. De préférence il se développe, sur ce terrain favorable, une névrose, dont les symptômes viennent renforcer les manifestations de la maladie primitive.

Paralysie agitante. — Une aggravation de cette affection par un accident est possible, mais on n'en connaît pas encore d'exemple.(Windscheid).

Affections organiques de la moelle et du cerveau (latentes ou réelles). — Vulpius nie l'existence d'une relation de causalité entre un accident périphérique et une maladie de la moelle par l'intermédiaire d'une névrite ascendante.

Voici les conclusions de Riedinger :

1° Les résultats de recherches scientifiques exactes parlent contre la probabilité d'une influence fâcheuse exercée par un accident sur une affection médullaire systématisée (atrophie musculaire progressive, paralysie spinale spasmodique, sclérose latérale amyotrophique, tabes dorsal).

2° Bien plus, nous devons admettre que le traumatisme ne peut agir d'une façon élective sur certaines parties de la moelle, mais qu'il existe dans tous les cas une prédisposition du système nerveux.

3° L'expérience nous apprend cependant qu'un accident peut exercer

Digitized by Google

une influence sur la marche du processus morbide, en accentuant certains symptômes ou en déterminant une allure plus grave de la maladie. Ce n'est que dans ce sens qu'il faut admettre l'influence d'une cause extérieure sur la production d'un état morbide de ce genre.

4° En conséquence, le trauma doit être envisagé comme une complication de la maladie et non la maladie comme une complication du trauma.

5° Dans l'appréciation de l'état morbide, on doit tenir compte aussi des conséquences que peuvent avoir les modifications organiques sur la pensée et le sentiment.

6° Il est impossible d'établir des règles générales d'estimation en %.

Paralysie générale. Dr Weber, de Goettingue. — La syphilis peut créer un terrain prédisposé sur lequel l'accident fait apparaître la paralysie elle-même. On peut envisager l'accident comme agent causal de l'affection, lorsqu'il n'existait, avant lui, aucun symptôme clinique de paralysie, et lorsque celle-ci est caractérisée par une évolution aiguë et accélérée (*durch einen heftigen, abgekürzten Verlauf*), ou par des constatations anatomiques particulières. On ne doit pas alors s'arrêter à la conception d'une aggravation, mais bien rendre l'accident seul responsable de la paralysie, que l'existence d'une syphilis antérieure ait été établie ou non.

Il est très rare que l'intensité et la gravité des symptômes survenant de suite après l'accident permettent à elles seules d'établir que la paralysie existait déjà à l'état latent avant l'accident, mais on peut admettre qu'il s'agit d'une affection aggravée par celui-ci, si les symptômes d'une paralysie antérieure avaient été déjà établis et s'il existe des circonstances qui parlent en faveur d'un rapport entre l'accident et la paralysie.

Il est intéressant de rappeler, à propos de cette communication, l'opinion des médecins français qui se sont occupés de la question au dernier *Congrès des médecins aliénistes et neurolopistes* tenu à Lille du 1 au 8 août dernier.

M. Brissaud, rapporteur, *ne croit pas que le traumatisme puisse créer une paralysie générale typique; tout au plus est-il susceptible de révéler une affection latente ou d'en accélérer la marche. Dans tous les cas il faut admettre la préexistence de la maladie, jusque là restée fruste, réduite au minimum.*

La plupart des orateurs se rangèrent à cette opinion.

M. Régis, lui, ne partage pas cette manière de voir. Il admet la possibilité de l'origine traumatique de la paralysie générale, même chez des syphilitiques, mais sous certaines conditions : 1° le blessé ne doit pas avoir présenté antérieurement de troubles cérébraux ; 2° le traumatisme doit avoir été violent ou avoir déterminé un ébranlement général intense ; 3° il ne doit s'écouler un temps ni trop long, ni trop court, entre le shock et l'apparition de la paralysie générale.

L'époque d'apparition des signes de la paralysie générale a une grande importance. Si les symptômes surviennent trop tôt, c'est que très proba-

Digitized by Google

blement la maladie existait auparavant ; s'ils surviennent trop tard, tout lien de causalité échappe. Les chances de relation sont au maximum, lorsque la paralysie générale apparaît entre un et trois ans après le traumatisme, surtout lorsque, entre le traumatisme et la paralysie générale, se sont interposés des malaises généraux, des symptômes post-traumatiques, reliant pour ainsi dire l'un à l'autre. Dr Ch. Julliard.

Novembre 1906.

NÉCROLOGIE. — Le Dr Ch. Berthier. — Nous avons à enregistrer la triste nouvelle de la mort du Dr Charles-Jean Berthier, décédé à Genève le 12 novembre dernier. Ce regretté confrère était né le 3 mai 1866 dans notre ville, et y avait fait la plus grande partie de ses études médicales ; il y fut pendant quelque temps médecin assistant à la Clinique obstétricale et gynécologique, et y fut reçu docteur en 1896, à la suite de la présentation d'une thèse intitulée : « Etude physiologique de l'if (*taxus baccata*) et de la taxine de Merck ». Cet intéressant travail était le résultat de recherches entreprises au Laboratoire de thérapeutique de notre Université. Une fois muni de son diplôme, Berthier se destina surtout à la pratique de la laryngologie, qu'il alla étudier à Bruxelles, où il suivit l'enseignement du Prof. Hicquet. Revenu à Genève, il y ouvrit pour l'exercice de cette spécialité, un dispensaire dont il fit charitablement profiter la population pauvre de notre canton. Son activité fut arrêtée par la maladie qui l'a prématurément enlevé dans sa quarante-et-unième année à l'affection des siens. Nous leur exprimons ici toute notre sympathie.

Exposition d'alimentation d'Anvers. — Cette exposition internationale relative à l'alimentation, aux boissons ainsi qu'aux industries qui s'y rapportent, et qui comprendra une *section d'hygiène médico-pharmaceutique*, aura lieu à Anvers d'avril à juin 1907, sous la présidence d'honneur de Mme la Comtesse de Flandre. Pour les programmes et renseignements, s'adresser au Secrétariat, 30, rue d'Aremberg, Anvers.

Caisse de secours des médecins suisses. — Dons reçus en Octobre 1906.
Genève. — M. le Dr Pallard, fr. 10, (10+355=365).
Zurich. — MM. R. Hottinger, fr. 10 ; Anonyme, fr. 20, (30+1210=1240).
Ensemble, fr. 40 ; Dons précédents de 1906, fr. 8683,20 ; Total, fr. 8724.20.
Bâle, 1er Novembre 1905. *Le trésorier*, Dr P. Von der Mühll
Aeschengraben, 20.

OUVRAGES REÇUS. — Brouardel et Gilbert. — Nouveau traité de médecine et de thérapeutique. Fasc. XXII, *Maladies des organes génito-urinaires de l'homme* (par R. Le Fur) *et de la femme* (par A. Siredey) ; un vol. gd. in 8°, de 458 p., avec 67 fig. Paris 1907., J.-B. Baillière et fils.

E. Littré. — Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences qui s'y rapportent. 21me édition entièrement refondue par A. Gilbert ; fasc. IV, O.-S. Paris 1906, J.-B. Baillière et fils.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE 18 PÉLISSERIE, GENÈVE

Digitized by Google

XXVIme ANNEE. — N° 12. 20 DÉCEMBRE 1906.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Hygiène des logements loués en garni [1]

par H. Cristiani et G. de Michelis

La salubrité des hôtels meublés et des logements loués en garni présente un haut intérêt à cause des multiples inconvénients et dangers auxquels les clients de ces établissements publics sont exposés.

Presque tous les problèmes d'hygiène qui intéressent l'habitation en général se retrouvent ici, dans ce cas spécial d'habitation qu'on peut considérer à la fois comme individuelle et collective, privée en même temps que publique. Il est évident qu'en étudiant les logements meublés en particulier on ne saurait envisager toutes les causes générales d'insalubrité de l'habitation, mais qu'il faut par contre surtout fixer son attention sur les causes spéciales rendant insalubres ce genre de logements.

Or, les principales causes plus ou moins permanentes d'insalubrité des garnis, indépendamment des questions inhérentes à l'édifice lui-même, sont : la *malpropreté* et l'*encombrement*.

La *malpropreté* prise dans le sens large de ce mot, peut s'observer, même lorsqu'elle n'est pas évidente, soit dans le local lui-même, soit dans les objets mobiliers.

Les différents meubles, literie, tentures, devant continuellement servir à des personnes différentes, sont exposés à de multiples souillures et peuvent servir de réceptacle à de nombreux germes pathogènes, soit par contamination directe due aux

[1] Congrès international d'hygiène et d'assainissement de l'habitation. Genève, septembre, 1906.

Digitized by Google

excrétions des voyageurs fréquemment malades, soit indirectement par la poussière que ces excrétions desséchées contribuent à former. Il faut notamment insister sur le fait que les différents ustensiles de toilette, tels que cuvettes, seaux, vases de nuit et verres à eau peuvent facilement servir de moyen de transmission de germes pathogènes.

Des recherches récentes faites au Laboratoire d'hygiène de l'Université de Genève montrent avec toute évidence combien ce danger est constant pour les cuvettes et les verres ; ce même inconvénient existe aussi pour les vases de nuit et, à ce propos, nous tenons à mentionner, pour la condamner, une mauvaise habitude assez répandue parmi les domestiques d'hôtel, de vider les vases de nuit dans les seaux de toilette ; ceux-ci, souvent remplis jusqu'au bord, répandent pendant le transport une partie de leur contenu sur le plancher ou le tapis de la chambre, qu'ils imbibent et peuvent infecter ou tout au moins saturer de substances organiques putrescibles. La mauvaise odeur spéciale de plusieurs chambres d'hôtel est dûe à cette cause.

On pourrait multiplier les exemples des dangers que peut courir le public dans les garnis, mais les observations que nous avons faites et sur lesquelles nous voulons particulièrement insister ici se rapportent surtout à l'*encombrement* que nous avons presque constamment constaté dans un groupe spécial de logements garnis qui est des plus intéresant, parce qu'il touche de près un grand nombre de personnes : il s'agit des *logements garnis pour ouvriers*.

L'importance de ces logements est très différente dans les différentes localités et aussi suivant les différentes époques de l'année, selon qu'il existe ou non une population ouvrière flottante dont le chiffre varie surtout par le fait que certaines industries saisonnières (celle du bâtiment principalement) y sont par moment florissantes.

Ce genre de logements est soumis dans presque tous les pays à une réglementation spéciale, dont les conditions ne sont pas partout les mêmes.

Dans le rapport très intéressant présenté sur ce sujet par M. Joltrain au premier Congrès international d'assainissement et de salubrité de l'habitation (Paris 1904), toutes les principales questions d'hygiène se rapportant aux logements garnis ont été exposées et longuement discutées et nous n'entendons pas y revenir. Le but que nous nous sommes proposé dans cette com-

Digitized by Google

munication est d'abord de montrer la réalité des dangers sur lesquels on a insisté et ensuite l'insuffisance d'une réglementation, si on ne peut pas rigoureusement appliquer celle-ci avec une surveillance stricte et fréquente et des sanctions pénales assez sévères.

Pour ce qui regarde le cube d'air, la troisième section du Congrès de Paris a adopté les conditions suivantes :

« Le cube d'air nécessaire pour chaque personne sera fixé « à 14 mètres cubes. Dans certains cas exceptionnels, lorsque « les chambres seront parfaitement aérées et ventilées, qu'elles « ne seront pas habitées pendant le jour, on pourra n'exiger « qu'un cube de 12 mètres.

« Dans les villes d'eaux et les stations balnéaires ou climaté- « riques, le cube d'air nécessaire pour chaque personne sera « fixé à 20 mètres cubes au minimum.

« Aucune tolérance ne sera jamais accordée dans les cham- « bres contenant plus de 4 locataires. »

L'enquête que nous avons faite à Genève sur les logements garnis a été limitée exclusivement aux *logeurs* proprement dits, c'est-à-dire aux établissements où l'on donne à coucher à *la nuit*, pour des prix très modérés (20 à 50 centimes).

Quant aux hôtels proprement dits, à Genève et en Suisse en général, nous sommes à cet égard plutôt privilégiés, car, quoique la perfection au point de vue hygiénique soit encore loin d'être atteinte, ces établissements réalisent en moyenne un ensemble de bonnes conditions qu'on ne constate pas encore ailleurs partout.

Les logements garnis sont soumis à Genève à un Réglement de police, datant du 24 janvier 1893; l'article 2 de ce réglement qui regarde la salubrité de ces logements est ainsi conçu :

Art. 2. — « Les logeurs ne pourront loger au-delà du nombre « d'individus qui sera fixé dans l'autorisation donnée par le « Département de justice et police. Ce nombre sera déterminé « d'après la capacité des locaux destinés au logement et en « ayant égard aux moyens de ventilation. Ces locaux devront « être entretenus constamment en bon état de propreté et de « salubrité. »

Ces dispositions se basent, comme nous le voyons, sur la capacité des locaux, en égard aux moyen de ventilation, mais restent dans le vague quant à une détermination exacte de la capacité minima de ces locaux et du degré de cette ventilation.

Digitized by Google

C'est au Bureau de salubrité qu'incombe la détermination de ces détails.

Des renseignements que nous a obligeamment fournis ce Bureau, il résulte qu'il y a actuellement 278 logeurs pour ouvriers à Genève avec un total de 1360 locataires, ce qui fait en chifres ronds, une moyenne de 5 locataires par logeur.

Dans la presque totalité des cas, il y a un lit par locataire, mais, conformément au réglement, on tient surtout compte du cubage d'air (16 mètres par personne) et encore plus des moyens d'aération.

L'agent qui fait l'enquête recommande toujours de changer les draps tous les huit jours et il est interdit de laisser en dépôt dans la chambre les paquets de linge sale.

Le Bureau de salubrité regrette cependant que son personnel ne soit pas suffisant pour ordonner des inspections régulières, mais on peut avoir l'occasion de contrôler les logeurs soit lorsqu'il y a plainte, soit lorsqu'ils demandent l'autorisation d'augmenter le nombre de leurs locataires.

Cet état de choses, au point de vue du contrôle, est évidemment fâcheux, car, comme nous allons le voir plus loin, les conditions de ces logements sont très loin de correspondre, en pratique, aux exigences d'ailleurs bien comprises du réglement.

L'enquête que nous avons faite sur les logeurs de Genève a porté sur un grand nombre de ces établissements, mais les recherches que nous voulions faire impliquant des visites de nuit avec analyses d'air puisé pendant le sommeil des locataires, nous avons dû borner notre étude détaillée à un certain nombre de ces logements où nos investigations ont pu être complètes. Nous avons régulièrement déterminé : 1° Le cubage total. 2° Le cubage par lit. 3° Le cubage par personne. 4° La présence d'un moyen de ventilation. 5° La quantité d'acide carbonique de l'air des locaux pendant la nuit.

Nous avons pu étudier de cette façon onze établissements, mais d'après les conditions générales que nous avions constatées par simple inspection dans les autres logements, on peut considérer les moyennes obtenues comme susceptibles d'être généralisées. En effet, notre examen complet a porté sur des établissements des différents quartiers de la ville et moyennement peuplés.

Nos visites ont eu lieu entre minuit et une heure du matin,

Digitized by Google

et nous ont été facilitées par M. le Directeur de la police centrale qui nous a fait accompagner par des agents connaissant bien ces établissements spéciaux.

L'analyse de l'air a été faite par notre méthode de *carbacidimétrie rapide*[1] ; ce mode de procéder a beaucoup simplifié notre tâche, car il nous suffisait pour chaque cas spécial de puiser sur place, dans un de nos petits flacons récepteurs, l'air à analyser. Quelques minutes étaient suffisantes pour nous fournir tous les renseignements nécessaires et il eût été fâcheux d'interrompre pendant longtemps le sommeil de personnes généralement fatiguées, qui avaient fourni un travail pénible pendant la journée.

Voici, résumés en un tableau, les résultats de nos constatations :

TABLEAU I

Etabliss.	Cub. total	Cub. p. lit.	Cub. p. pers.	Lits	Coucheurs	Co 2
N° 1	50 m³	12,50	7,14	4	7	4 °/oo
2	33,30	11,10	11,10	3	3	2 °/oo
3	64,53	21,50	12,90	3	5	2 °/oo
4	66,56	17,40	11,60	4	7	4 °/oo
5	64,87	16,20	16,23	4	4	3,5 °/oo
6	66,88	16,70	11,14	4	6	3,5 °/oo
7	64,89	16,20	12,98	4	5	2 °/oo
8	77,37	19,35	9,89	4	8	3,5 °/oo
9	30,80	10,25	6,16	3	5	4 °/oo
10	57,50	19,15	19,15	3	3	4 °/oo
11	108,—	21,50	15,42	5	7	4 °/oo
Moyenne	62,52	16.45	12,15	3,72	5,45	3,30

Si nous analysons sommairement ces résultats, nous trouvons que le cube d'air moyen par lit est de 16,45 m. c., chiffre qui atteint et même dépasse le minimum prescrit par le règlement, mais ce chiffre moyen est relevé par quelques cas où chaque lit disposait de plus de 20 m. c. ; nous voyons, par contre, dans trois cas le cube osciller entre 10 et 12 m. c., ce qui, pour des chambres à trois et quatre lits est absolument insuffisant.

Mais les conditions sont en réalité beaucoup plus mauvaises, si au lieu du nombre de lits, nous prenons en considération le nombre de coucheurs ; nous voyons alors le chiffre du cube

[1] CRISTIANI et DE MICHELIS. Un appareil très simple pour la détermination rapide de l'acide carbonique l'air. *C. R. de la Soc. de Biol. de Paris*, 10 mars 1905.

Digitized by Google

moyen descendre à 12,15 m. c., avec un maximum de 19,15 m. c., et un minimum de 6,16. Il est à peine nécessaire d'insister sur la nécessité de remédier à un pareil état de choses, surtout si l'on prend en considération que le cube moyen est aussi ici relevé par un chiffre très haut dans un établissement (N° 10, 19,15 m. c.) où, nous a dit l'agent qui nous accompagnait, il n'y avait exceptionnellement, par hasard cette nuit-là, que le nombre réglementaire de coucheurs.

L'analyse de l'air de ces chambrées, pratiquée pendant la nuit, quelques heures après le couchage des locataires, nous a donné une moyenne de 3,30 ‰ de CO^2 pour un cubage moyen de 12,15 m. c., par personne, avec un minimum de 2 ‰ et un maximum de 4 ‰.

Il est intéressant à ce propos d'étudier les variations de la quantité de CO^2 en rapport avec les différents facteurs de l'encombrement, notamment la ventilation (fenêtres ouvertes ou fermées, cheminées), *la hauteur des plafonds* et *le nombre de coucheurs* par pièce.

Pour ce qui regarde la ventilation, les résultats de nos constatations résumés dans le tableau II ci-après, montrent avec une grande évidence l'utilité d'un renouvellement permanent de l'air de ces locaux.

TABLEAU II

CO^2	Cubage p. pers.	Nomb. des coucheurs	Fenêtres	Cheminées
4 ‰	7.14	7	2 (fermées)	
2 ‰	11.10	3	1 (ouverte)	
2 ‰	12.90	5	1 (fermée)	1
4 ‰	11.60	7	2 (ouvertes)	
3.5 ‰	16.23	4	2 »	1
3.5 ‰	11.14	6	3 (1 ouverte)	1
2 ‰	12.98	5	2 (ouvertes)	1
3.5 ‰	9.89	8	2 »	
4 ‰	6.16	5	2 (fermées)	
4 ‰	19.16	3	2 »	
4 ‰	15.42	7	4 »	1

C'est à dire en moyenne :

Fenêtres fermées	12.15	5.40	CO^2 3.60
» ouvertes	12.15	5.50	CO_2 3.00

		Cubage moyen	Coucheurs	Moyenne CO^2
Présence de cheminées :	5	13.75	5.5	2.60
Absence de »	6	10.84	5.5	3.90

Digitized by Google

En effet, en étudiant comparativement la teneur en CO^2 des chambres ayant la ou les fenêtres ouvertes et de celles où les fenêtres étaient closes, nous voyons, pour un cubage et un nombre de coucheurs à peu près équivalent, la quantité de ce gaz être en moyenne de 3 ‰ dans les premières et 3.60 ‰ dans les dernières.

Une importance encore plus grande peut être attribuée à la présence d'une cheminée dans les pièces, car dans ces cas seulement on peut parler d'un moyen permanent de ventilation. La moyenne de CO^2 dans les locaux avec cheminée a été de 2.60 ‰ tandis qu'elle est montée à 3.90 dans les locaux qui en étaient dépourvus.

Parmi les pièces ayant une cheminée, une seule nous a fourni de l'air contenant 4 ‰ de CO^2 et encore y avait-il 7 coucheurs, tandis que dans celles qui n'avaient pas de cheminée, ce chiffre de 4 ‰ a été presque constamment atteint.

Remarquons encore en passant que dans l'unique pièce où il y avait deux fenêtres ouvertes et une cheminée, la quantité de CO^2 n'a été que de 2 ‰ et cela malgré le nombre élevé de dormeurs (5), et le cubage (12.98 m. c.) assez insuffisant.

Quand au rôle joué dans la viciation de l'air par la *hauteur des plafonds*, nos constatations ne nous permettent de tirer aucune conclusion, car d'un côté la variation du nombre des coucheurs et d'un autre côté l'existence ou l'absence d'un moyen de ventilation modifiaient trop les conditions spéciales de chaque pièce pour pouvoir établir une comparaison.

Tableau III

Hauteur du plafond

Nombre de coucheurs	Cubage p. pers.	Haut. plaf.	CO_2
7	7.14	m. 2.50	4 ‰
3	11.10	2.10	2 ‰
5	12.90	2.30	2 ‰
7	11.60	2.60	4 ‰
4	16.23	2.60	3.5 ‰
6	11.14	2.70	3.5 ‰
5	12.98	2.60	2 ‰
8	9.89	2.50	3.5 ‰
5	6.16	2	4 ‰
3	10.16	2.50	4 ‰
7	15.42	2.70	4 ‰

Digitized by Google

Par contre, nous avons pu voir une fois de plus l'importance du *nombre des coucheurs par pièce*, indépendamment du cube d'air accordé à chaque individu. Le tableau IV, en effet, nous montre que même avec un cubage supérieur de plus de deux mètres par personne, l'air des chambres contenant de six à huit coucheurs donnait 3.60 °/₀₀ de CO^2, tandis que celles où il n'y avait que trois à cinq personnes atteignaient 2.90 °/₀₀.

Tableau IV

Influence du nombre des coucheurs par pièce sur la viciation de l'air (teneur en CO^2)

Coucheurs	Cubage	CO2
7	7.14	4 °/₀₀
3	11.10	2 °/₀₀
5	12.90	2 °/₀₀
7	11.60	4 °/₀₀
4	16.23	3.5 °/₀₀
6	11.14	3.5 °/₀₀
5	12.98	2 °/₀₀
8	8.89	3.5 °/₀₀
5	6.16	4 °/₀₀
3	19.16	4 °/₀₀
7	15.42	4 °/₀₀

Donc en moyenne :

Couch.	3-5	Cub. p. pers. 11.04	CO^2	2.90 °/₀₀
	6-8	13.08		3.60 °/₀₀

L'étude que nous avons faite dans les différents établissements de logeurs en garni nous a fait constater bien d'autres inconvénients et dangers sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir ; nous voulons nous borner aujourd'hui à montrer que dans ces logements pour ouvriers l'encombrement est la règle.

Il résulte de nos observations que les règlements en vigueur à Genève, pour ce qui regarde le *cube d'air minimum* de ces logements, seraient tolérables si leur application était faite strictement, mais l'impossibilité d'un contrôle effectif rend ces règlements complètement illusoires.

Le vœu émis dans le précédent Congrès pour l'assainissement et la salubrité de l'habitation[1], que ces établissements

[1] Voir le *Compte rendu du premier Congrès pour l'assainissement et la salubrité de l'habitation*, Paris 1904.

Digitized by Google

soient surveillés et visités au moins une fois par an nous paraît très modeste et son application tout à fait insuffisante pour porter remède à cet état de choses. Car en supposant que cette visite annuelle soit pratiquée chez nos logeurs, on arriverait à constater que le nombre de lits est réglementaire par rapport à l'espace dont chaque lit dispose et que, par conséquent, tout est en règle. Pour que la surveillance soit efficace il la faudrait non seulement plus fréquente, mais aussi effective, c'est-à-dire qu'elle devrait avoir pour but de constater non seulement le nombre de lits, mais celui des dormeurs, et, en cas d'infraction, on devrait pouvoir appliquer des pénalités plus sévères, fortement aggravées en cas de récidive.

Le traitement chirurgical des hémorroïdes par les injections de glycérine phéniquée

Communication faite à la *Société médicale de la Suisse romande* le 8 novembre 1906

Par le Dr H. Vulliet

Messieurs, j'ai rappelé il n'y a pas longtemps à la *Société vaudoise de médecine* la petite opération utile que tout médecin pouvait exécuter facilement avec une aiguille courbe armée d'un fil de soie et un anus de petit enfant atteint de prolapsus du rectum : *le cerclage de l'anus*. J'ai pensé vous intéresser en vous démontrant aujourd'hui le bien qu'on peut faire avec une seringue de Pravaz et un anus d'adulte ; je veux parler du traitement des hémorroïdes par les injections de glycérine phéniquée.

Ne croyez pas que je borne mon activité à cette région ; elle n'a de honteux du reste que ses vaisseaux et ses nerfs, et vous connaissez cette boutade d'un chirurgien célèbre qu'un collègue, habile faiseur de plastiques, mais fort laid, plaignait de travailler dans ces régions basses : « Je préfère un derrière propre à une sale gueule ! »

Digitized by Google

A notre époque compliquée d'auto-intoxication gastro-intestinale, d'entérite muco-membraneuse, de triste constipation. l'hémorroïde qui se dissimule à la sortie mérite de fixer notre attention ; sa fréquence est grande, et si l'on regardait de très près le mauvais côté de la société, je pense qu'on y rencontrerait aussi peu d'anus que de pieds irréprochables.

Les hémorroïdes, affection qui remonte à la plus haute antiquité, ont suscité à notre époque de remarquables travaux de Quénu et de ses élèves qui en ont fait une étude microscopique minutieuse. La définition en reste la même : altérations variqueuses des veines ano-rectales, ou plus brièvement : varices de l'anus.

Quénu invoque comme étiologie des hémorroïdes une cause qui lui est chère : la phlébite des radicules veineux. Nos ancêtres, qui remplaçaient souvent avantageusement le microscope par le bon sens, incriminaient simplement la constipation et les causes congestives des organes du bassin.

Vous connaissez la vieille division des hémorroïdes en hémorroïdes externes et hémorroïdes internes ; externes ou cutanées, à cheval au bord de l'anus ; internes ou muqueuses, situées plus haut, au-dessus du sphincter externe et dissimulées en général dans l'intérieur du canal ano-rectal. Quand il y a des unes, il y a généralement des autres, mais cela n'est pas une règle absolue ; on voit assez souvent des hémorroïdes externes avec peu ou point d'hémorroïdes internes ; je crois qu'il est bien rare par contre de trouver des noyaux internes seuls sans qu'il y ait ou qu'il y ait eu quelques noyaux externes.

L'hémorroïde externe, *jeune*, est arrondie, molle, lisse, bleuâtre ; en vieillissant et à la suite d'altérations inflammatoires, elle se durcit, se vide, se ride et se pédiculise ; la surface des hémorroïdes muqueuses se transforme aussi à la suite de l'inflammation ; de lisse et mince qu'elle était, elle devient tomenteuse, rouge, elle prolifère, se vascularise, saigne au moindre heurt.

On peut vivre en excellents termes avec ses hémorroïdes, et bien des gens seraient étonnés et vexés si on leur disait qu'ils n'ont pas l'anus d'Apollon. Il en est peu que cette petite infirmité amène au médecin. De toutes les femmes que j'ai vues en position gynécologique, bien rares étaient celles qui n'eussent pas quelques noyaux hémorroïdaires, et pourtant j'en ai vu bien peu que leurs hémorroïdes seules missent en cette fâcheuse

Digitized by Google

posture ; fait bizarre, l'une d'elles se plaignait d'énormes hémorroïdes et elle avait un volumineux fibromyome utérin dont elle ignorait la présence !

Pourtant les hémorroïdaires sont exposés à des ennuis, à des souffrances, à des dangers même que je me permets de vous énumérer rapidement :

Tout d'abord les *hémorragies* ; en général modestes, elles peuvent cependant être assez sérieuses pour anémier gravement le malade et devenir menaçantes par leur abondance et leur répétition ; le sang qui s'écoule après la selle et la coiffe d'un bonnet rouge, est rutilant et provient souvent d'une petite blessure d'une hémorroïde interne ; sans dilatation il peut être impossible de découvrir la source de l'hémorragie.

L'hémorroïdaire peut passer par des périodes de souffrances atroces qui sont dues assez fréquemment à de petites *fissures* dissimulées entre deux noyaux d'hémorroïdes. Chaque selle est une lutte redoutable et le simple contact du papier est intolérable.

Mais le plus souvent ce sont les poussées d'*inflammation* qui chicanent ces malades ; peu y échappent entièrement. Ces crises inflammatoires se répètent volontiers, et les douleurs qu'elles provoquent sont assez vives pour arrêter le patient dans ses occupations ; il est vrai qu'elles portent en elles leur consolation : l'hémorroïde enflammée tend à la transformation fibreuse, c'est-à-dire à la guérison, et c'est en imitant ce mode de guérison naturelle que l'on a imaginé la méthode curative par les injections : le noyau hémorroïdaire intentionnellement enflammé par un agent chimique et l'hémorroïde naturellement enflammée par des microbes présentent le même aspect et parcourent les mêmes stades. Il vaut la peine de nous y arrêter un instant.

L'hémorroïde est une varice mal placée, c'est-à-dire dans un milieu sale, et l'hémorroïdaire est un constipé ; les matières fécales dures éraflent facilement la surface délicate de l'hémorroïde ; par cette brèche pénètre l'infection, il y a *phlébite hémorroïdaire,* localisée à un ou deux noyaux ou s'étendant à tout le cercle hémorroïdal. L'hémorroïde externe enflammée (isolée ou en bourrelet annulaire complet au bord de l'anus) devient turgescente, tendue, douloureuse ; l'hémorroïde interne de son côté forme une tumeur violacée (rouge noirâtre), suintante, que le malade tend à expulser de son anus ; elle prolabe,

Digitized by Google

s'*étrangle*, comme on dit habituellement, à l'orifice anal, encadrée des hémorroïdes externes. Puis surviennent des phénomènes d'élimination et de régression ; suivant le degré d'inflammation il se produit du sphacèle superficiel ou de noyaux entiers qui sont éliminés ; d'autres durcissent, puis diminuent peu à peu, se ratatinent et se fondent complètement ou se rident et deviennent des *marisques* ; c'est la guérison.

Mentionnons un dernier danger imputable aux hémorroïdes ; il vaut la peine d'être relevé bien que cela sorte quelque peu de notre sujet : *les hémorroïdes servent d'écran au carcinome rectal.* Trop souvent on se contente — malades et médecins — de la présence de quelque noyau anal pour expliquer des pertes de sang, et quelquefois, avouons-le, pour éviter un examen qui n'a rien de plaisant. Je connais un excellent médecin qui n'a jamais pu surmonter le dégoût que lui inspire le toucher rectal et le fait faire par d'autres, lorsqu'il le juge nécessaire ; car il faut le faire toutes les fois qu'il y a écoulement sanguin, que le malade ait des hémorroïdes ou non, peu importe. Plus encore peut-être que le carcinome de l'utérus, le carcinome du rectum arrive inopérable au chirurgien, et presque toujours on trouve dans l'histoire des hémorroïdes.

Parmi les hémorroïdaires qui viennent au médecin *pour leurs hémorroïdes*, beaucoup peuvent être soulagés, voire guéris sans violence. L'opération a bien rarement un caractère d'urgence ; on n'attaquera l'hémorroïde, comme sa voisine la prostate, que lorsque le porteur le réclame, c'est-à-dire lorsque les moyens doux, hygiéniques et médicaux n'apportent pas à celui qui en est atteint le soulagement auquel il a droit.

Quelles sont les indications qui poussent à l'opération ? Elles ne sont pas compliquées.

En premier lieu, les *hémorragies* ; par hémorragie nous n'entendons pas la modeste saignée qui, dans quelques cas, peut remplacer les règles chez la femme ou l'attaque d'apoplexie chez les pléthoriques ; on se gardera de la supprimer. Mais il y a des hémorragies qui par leur abondance et leur fréquence mettent l'hémorroïdaire dans un état grave d'anémie ; les exemples n'en sont pas rares ; nul doute que ces malades relèvent de la chirurgie.

Les crises répétées d'inflammation, les douleurs fissuraires (souvent avec très peu d'hémorroïdes) qui, par les vives souffrances qu'elles provoquent, arrêtent les malades dans leurs tra-

Digitized by Google

vaux, sont justifiables du traitement chirurgical, si le traitement médical s'est montré insuffisant.

Je mentionne avec timidité — je crains qu'on en rie — une dernière indication opératoire : c'est la *mélancolie hémorroïdaire* ; il y a des neurasthéniques de l'anus, comme il y en a de l'estomac et de l'appendice ; ces malheureux ressentent à l'anus, pour quelques noyaux insignifiants, les sensations de pesanteur, de chaleur, etc., que d'autres ressentent ailleurs et sans beaucoup plus de raisons ; leur mal les obsède, ils y pensent le jour, en rêvent la nuit. Une petite opération peut les guérir et je vous garantis de leur reconnaissance.

Comme vous le savez, les méthodes opératoires qui, dès les temps les plus reculés, ont été préconisées contre les hémorroïdes, sont innombrables. Il en surgit tous les jours de nouvelles, on n'y prend plus garde.

La méthode des *injections phéniquées*, que je me permets de vous rappeler aujourd'hui, a pour elle des titres sérieux : elle n'est pas nouvelle ; elle est américaine d'origine (Kelsey et Lange), c'est-à-dire pratique ; elle est utilisée par le Prof. Roux depuis nombre d'années ; j'ajouterai peu à d'aussi belles recommandations, si je dis que dans ma clientèle je n'ai eu qu'à me louer de cette manière de faire.

Comme je le disais plus haut, la méthode des injections imite la nature ; l'inflammation qu'elle provoque dans les noyaux hémorroïdaires les rend turgescents, tendus, puis, par un processus de régression, elle les durcit, les étouffe, les fond, les vide, en fait des *marisques*.

Il suffit pour cette œuvre utile d'une seringue de Pravaz qui marche bien, dont on connaisse exactement le débit, et d'une solution de glycérine phéniquée forte (60 à 80 %).

Le malade doit être *endormi* et en *résolution complète*. C'est du reste une règle générale, quelle que soit la méthode employée, pour la raison bien simple qu'une bonne opération d'hémorroïdes demande au préalable une bonne dilatation de l'anus et que la dilatation est impossible sans une narcose *profonde* ; j'ai essayé une ou deux fois de m'en passer, et j'en ai reconnu l'impossibilité absolue ; il ne s'agit pas de courage ni de bonne volonté du patient, mais d'un simple réflexe.

La dilatation se fait avec les pouces introduits dans l'anus et fléchis à angle droit ; elle est lente, rythmée et s'arrête lorsque toute résistance cède et que les pouces arrivent au contact des

Digitized by Google

ischions. A ce moment, on est étonné en général de constater combien il y en a plus qu'on ne le pensait : les noyaux hémorroïdaires externes déplissés encadrent un plat d'hémorroïdes internes prolabés, violacés, qui restaient inaccessibles sans la narcose et la dilatation.

L'aiguille bien emmanchée, essuyée ou lavée, est plantée *à la base des hémorroïdes externes, dans la peau* (fig. 1) ; sous le contrôle du doigt introduit dans l'anus on la pousse lentement dans chaque noyau d'hémorroïde interne et externe en laissant dans chacun d'eux une à deux gouttes de solution phéniquée. En général une piqûre suffit de chaque côté.

Fig. 1

Il faut éviter absolument de piquer à la surface même du noyau pour ne pas provoquer d'écoulement sanguin, et prendre garde qu'il ne s'échappe pas de liquide *à côté* de l'aiguille ; à cette concentration la glycérine phéniquée produit à l'endroit qu'elle touche du sphacèle, qui ne présente pas de danger, mais retarde la guérison ; en faisant arroser largement la région pendant l'opération, on évitera tout accident de ce genre.

Digitized by Google

Immédiatement après l'opération, on voit les noyaux grossir, se tendre, devenir turgescents, violacés (fig. 2).

Tout le paquet hémorroïdaire souvent énorme est laissé au dehors de l'anus, on l'enduit de vaseline ; l'opération est terminée. Pendant les quelques heures qui suivent, la tuméfaction augmente encore et prend une couleur qui inquiète la première fois que l'on opère ; il n'y a rien à craindre ; par ci par là quelques plaques de sphacèle et c'est tout. Au bout de deux à trois jours la régression commence : les noyaux diminuent, durcissent ; on aidera à la fonte par des applications chaudes et des bains de siège.

Fig. 2.

En résumé : trois à cinq jours de lit, suivant le volume des hémorroïdes, et peu de douleurs dans la majorité des cas. Il est inutile de constiper les malades ; on aidera à la première selle naturelle en administrant un petit lavement d'huile. Mais surtout on n'oubliera pas d'avertir le patient qu'il gardera à l'anus pendant plusieurs semaines de petits noyaux fibreux qui diminueront peu à peu, se flétriront, disparaîtront ou se transforme-

Digitized by Google

ront en *marisques*, mais ne lui occasionneront plus aucune gêne ; dans un ou deux cas j'ai enlevé au Paquelin, quelques mois après l'opération, ces *breloques* hémorroïdaires.

Nous reproduisons ici (fig. 3) la photographie d'un anus opéré il y a plus d'un an et qui portait un énorme paquet d'hémorroïdes ; il est guéri avec la flaccidité et les rides d'un anus sénile. J'aurais pu vous en montrer bien d'autres, je pense même que dans leur reconnaissance plusieurs de mes clients se fussent prêtés de bonne grâce à une exhibition ; j'ai trouvé plus convenable de ne vous montrer qu'une photographie, où le sujet lui-même aurait de la peine à reconnaître ses traits.

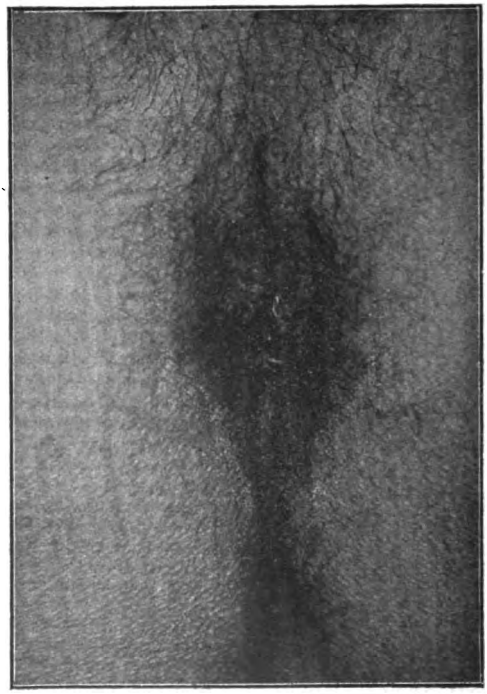


Fig. 3

Quant aux résultats éloignés, ils sont bons et comparables à ceux que donnent les autres méthodes ; il y a par ci par là quelques récidives, mais l'opération la plus radicale n'en est pas exempte.

Digitized by Google

Un chirurgien distingué à qui nous demandions son opinion au sujet du procédé des injections, nous déclarait lui préférer l'opération sanglante, l'excision au bistouri de toute la masse hémorroïdaire, opération plus chirurgicale, plus parfaite dans ses résultats immédiats en tout cas. Comme chirurgien professionnel il avait peut-être raison, mais il ne faut pas oublier que l'excision est une opération sanglante dans un milieu peu recommandable; que si elle est un jeu pour un chirurgien, elle est néanmoins assez délicate, et entre des mains inexpérimentées expose le malade à quelques dangers sérieux. En d'autres termes, elle ne peut être faite partout ni par tous.

Au contraire, la méthode des injections peut être pratiquée par tous et partout. Il n'est pas besoin d'aides ni de milieu spécial, ni de méticuleuse préparation. Le médecin endort son malade lui-même, un membre de la famille tient les jambes; comme il n'y a pas effusion de sang, personne ne s'évanouira.

C'est de la petite chirurgie accessible à tous. A notre époque où beaucoup de médecins font assez convenablement de la *grande* chirurgie, le chirurgien trouve quelque plaisir à tâcher de faire bien de la *petite* besogne; ce n'est pas toujours facile; il est plus aisé d'exécuter brillamment, dans une clinique bien montée — il n'en manque pas — une ovariotomie, par exemple, que d'opérer vite et bien, à domicile, sous l'œil bienveillant de la famille, un vulgaire phimosis.

L'hystérectomie abdominale dans le traitement du prolapsus utérin. — Un nouveau procédé de trachélopexie ligamentaire double.

Par le Dr J. Bastian.

I.

L'hystérectomie abdominale pour prolapsus utérin ne date pas d'hier. Le premier qui semble-t-il, procéda dans cette voie fut P. Müller, de Berne[1]. En 1879, au Congrès de Baden-Ba-

[1] P. Muller. Ueber Exstirpation des Uterus. *Corresp. Bl. f. Schweizer-Aertzte*, 1878, Nos 20 et 21.

Digitized by Google

den [1], il relate trois cas graves de prolapsus dont il tenta la guérison par une amputation supra-vaginale de l'utérus et la fixation du moignon cervical dans la plaie de l'abdomen. Dorff [2], de Bruxelles, présent à la réunion, à qui j'emprunte ce détail, dit avoir souvenance que cette communication produisit une impression très grande sur les auditeurs, à cause de la témérité du procédé pour cette époque.

Cette opération devait, dans la pensée de P. Müller, être l'ultime ressource dans les cas où tout autre moyen de traitement avait échoué. Par malheur, elle ne répondit pas entièrement aux espérances qu'elle avait fait naître : les résultats tardifs ne donnèrent pas complète satisfaction, tant s'en fallut. Sur douze cas que le professeur de Berne présenta à Heidelberg en 1889 [3], dont quatre seulement entrent ici en ligne de compte, il obtint une seule guérison définitive, une amélioration et deux récidives. Il s'agissait de femmes âgées respectivement de 29, 40, 49 et 54 ans, opérées les unes pour prolapsus compliqués de tumeurs utérines, les autres pour prolapsus graves ou récidivés, suivant la technique qu'il avait primitivement adoptée c'est-à-dire : amputation supra-vaginale de l'utérus et fixation du moignon à la plaie abdominale. Dans les autres cas, au nombre de huit, l'opération avait été faite d'après un procédé nouveau : la *ventro-fixation*, dont les résultats ne furent pas meilleurs [4], bien au contraire.

En face de ses insuccès, P. Müller croit qu'il serait nécessaire d'associer à ces opérations la colporrhaphie.

Dans la même séance, Kehrer [5] cite un cas et Fehling deux cas qu'ils ont opérés d'après la technique de P. Müller.

A leur tour, Fritsch [6] et Martin [7] recommandent également dans la cure de certains prolapsus l'hystérectomie abdominale à laquelle ils ajoutent, et cela d'une façon expresse, la réparation du périnée.

[1] P. Muller. *Tageblatt der 52e Naturforscher-Versammlung*. Baden-Baden, sept. 1879.

[2] Dorff. Quelques considérations sur l'opération du prolapsus total, *Bull. de la Soc. belge de gynéc. et d'obst.*, avril 1906.

[3] P. Muller. Ueber ventrale Fixation des prolabirten Uterus., *Verhandlung der gynæk. Sect. der 62e Versammlung deutsch. Naturforscher und Aertzte*, Heidelberg, 1889; *Archiv für Gynæk.*, Bd. XXXVI, 1889.

[4] A. Strelig. Die ventrale Fixation als Mittel zur Hebung des Prolapsus uteri, *Th. de Berne*, 1890.

[5] Kehrer, Fehling, etc.; *Verhandlung der gynæk. Sect. der 62e Versammlung* etc., Heidelberg 1889.

[6] Fritsch. *Archiv f. Gynæk.*, Bd. XXXV, 1889.

[7] A. Martin. *Berl. klin. Woch.*, 1891 N° 45.

Digitized by Google

Quelques années plus tard, en janvier 1896, Jacobs[1] décrit sous le nom de *trachélopexie ligamentaire,* une opération imaginée par lui et qui consiste, après amputation typique supra-vaginale de l'utérus, à fixer le moignon cervical à la partie supérieure des moignons ligaturés du ligament large. La première opération date, si je ne me trompe, du 14 janvier 1896.

Au Congrès français de chirurgie de la même année, Bouilly[2] rapporteur, cite à titre de mémoire l'opération de Jacobs, dont il ne peut apprécier la valeur à cause de l'absence de résultats éloignés. Quant à Richelot[3], il doute de la solidité des attaches ligamentaires auxquelles on fixe si péniblement le moignon cervical. Il craint qu'en faisant de la suspension l'essentiel et de l'anaplastie l'accessoire, on ne mette la charrue devant les bœufs.

Jacobs[4], dans la même séance, donne quelques détails supplémentaires sur la nouvelle opération. Elle demande un cœliotomie avec ablation totale ou partielle de l'utérus, totale, si le col présente des altérations profondes dans sa partie vaginale. En outre, il est bon, lorsqu'il y a affaiblissement ou déchirure du périnée, de pratiquer en même temps ou quelques semaines plus tard les plastiques vaginales et surtout la périnéorrhaphie. Jacobs[5] abandonne bientôt sa technique primitive (hystérectomie supra-vaginale et trachélopexie ligamentaire). Voici d'ailleurs comment il s'exprime à la *Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, en octobre 1896 : « Dans les dernières opérations que j'ai faites, j'ai toujours pratiqué l'hystérectomie abdominale totale, c'est-à-dire qu'au lieu d'exécuter l'amputation sus-vaginale et la suture du col aux ligaments larges, j'ai fait, après ablation complète de l'utérus, la suture de la voûte vaginale, refermée par un surjet, aux moignons latéraux des ligaments larges. Cette technique m'a paru donner de meilleurs résultats. » C'est la *colpopexie ligamentaire,* dite opération de Jacobs (Fig. 1).

En 1899[6] mon ancien maître verse aux débats 26 cas opérés de la sorte avec 25 guérisons et un décès post-opératoire. L'âge des malades variait de 44 à 71 ans. Chez sept d'entre elles, il a

[1] C. Jacobs. *Bull. de la Société belge de gynéc. et d'obst.*, Bruxelles et *Centralblatt für Gynæk.*, 1996, N° 15.
[2] Bouilly. *C. R. du Congrès français de chirurgie*, 1896.
[3] Richelot. *Ibid.*
[4] Jacobs. *Ibid.*
[5] C. Jacobs. Résultats tardifs d'opérations plastiques dans le prolapsus génital total externe. *Bull. de la Soc. belge d'obst. et de gyn.*, janvier 1899.
[6] C. Jacobs. 1996 laparotomies, *Ibid.* juin 1899.

Digitized by Google

complété l'opération abdominale par des plastiques vagino-périnéales, à cause de déchirures plus ou moins profondes du périnée. Il s'est vu parfois obligé de réséquer par la voie haute une collerette vaginale large de deux à trois centimètres et même davantage.

Actuellement Jacobs procède de la façon suivante : à l'hystérectomie abdominale totale en deux temps qu'il avait coutume de pratiquer il y a quelques années, il a substitué la panhystérectomie en un temps dont les détails de technique ne m'attarderont point ici. L'exérèse terminée, il saisit au moyen de pinces à traction les parois antérieure et postérieure du vagin qu'il attire aussi haut que possible. Cette manœuvre a pour

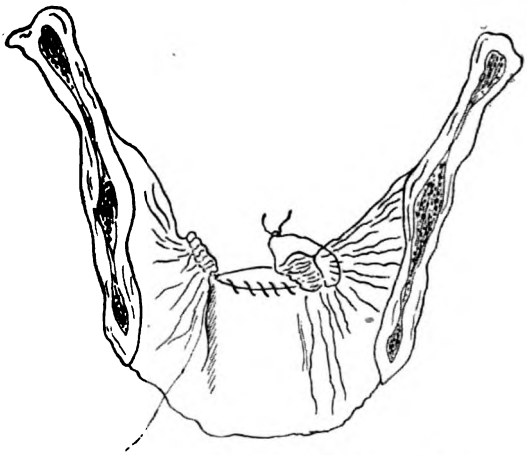


Fig. 1. — Colpopexie ligamentaire de Jacobs.
(Jacobs).

but, dans le cas particulier, de juger du sacrifice à faire pour remédier au prolapsus dans la mesure utile.

Renonçant à l'abrasion circulaire de la muqueuse vaginale, Jacobs sectionne sur la paroi postérieure du vagin, puis sur la paroi antérieure, une languette de muqueuse triangulaire à base supérieure. Somme toute, il fait une sorte de double colporrhaphie par la voie abdominale, dont les sutures seront placées comme dans l'anaplastie ordinaire. La paroi postérieure du vagin étant toujours la plus distendue, il y aura intérêt à ce que la résection en soit aussi large que possible.

Digitized by Google

Après avoir reconstitué le dôme vaginal, il s'agit dans cette méthode de fixer celui-ci aux attaches ligamentaires. A cet effet, on place, sans les nouer, deux fils de soie solide aux extrémités droite et gauche du dôme vaginal, en ayant soin de ne traverser que les tissus sous-muqueux. Ces fils, qui deviendront les fils suspenseurs ou fixateurs, sont repérés provisoirement au moyen d'une ou deux pinces hémostatiques, tout au moins jusqu'à ce que la restauration du péritoine pelvien soit terminée. Après quoi, on les fait passer par dessus les ligaments ronds et on les noue. Le vagin se trouve ainsi attiré et tendu vers le haut.

Dans certains cas, il est de toute importance de faire des plastiques vagino-périnéales pour remédier à l'effrondrement du périnée.

La statistique de Jacobs comprend 67 opérations avec un décès opératoire et quatre récidives seulement. Donc une mortalité d'à peine 1 ½ %.

En 1898, Tuffier [1] fait un hystérectomie totale suivie de colpopexie. Son procédé opératoire se compose des trois temps suivants: 1° résection d'un anneau vaginal; 2° colpopexie recti-musculaire ; 3° plastiques vagino-périnéales. L'année suivante, il inspire la thèse d'Ilieff sur la colpopexie abdominale dans le traitement radical du prolapsus utérin. Deux cas y sont cités : le cas de Tuffier (hystérectomie vagino-abdominale suivie de colpopexie) ; le second, un cas de colpopexie abdominale après hystérectomie vaginale.

F. Legueu [2] en 1899 pratique pour la première fois la trachélopexie abdominale chez une malade d'une cinquantaine d'années qui, en même temps qu'un prolapsus énorme, avait un utérus fibromateux. Il revient au procédé primitif de P. Müller ou peu s'en faut. Après hystérectomie abdominale sub-totale, il fixe le moignon du col utérin à l'angle inférieur de la plaie par trois ou quatre gros fils d'argent qui traversent toute la paroi musculo-aponévrotique et cutanée (Fig. 2), après avoir fixé la collerette péritonéale péri-cervicale au péritoine pariétal. Frappé de l'heureux résultat qu'il obtient par ce procédé, il renouvelle par deux fois sa tentative avec le plus grand succès dans des cas de prolapsus externes où des opérations antérieures avaient complètement échoué. Il recommande de faire suivre l'exérèse

[1] Tuffier, in Ilieff. *Th. de Paris*, 1899.

[2] F. Legueu. Leçon de Clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu 1901) Paris 1902, Alcan.

Digitized by Google

et la pexie abdominable d'une élytrorrhaphie antérieure et d'une colpo-périnéorrhaphie dans la même séance. L'acte opératoire, dans chacun de ces cas, n'a jamais dépassé une heure un quart environ.

Violet[1], de Lyon, opère un cas de prolapsus par l'hystérectomie abdominale suivie de colpopexie recti-musculaire.

Delassus[2] et son élève Beauvois préconisent à leur tour la voie abdominable dans le traitement des prolapsus extériorisés chez les femmes âgées. Beauvois, dans sa thèse intitulée : « Prolapsus génitaux graves ; leur traitement par la trachélopexie et la colpopexie recti-musculaire », décrit avec force détails la technique de Delassus et verse aux débats 17 observations inédites dont 11 de Delassus et 6 de Oui.

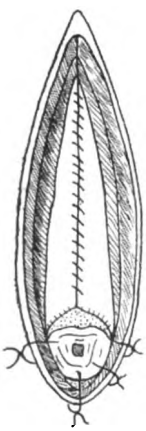


Fig. 2. — Hystérectomie abdominale supra-vaginale pour prolapsus. Le moignon du col est fixé à l'angle inférieur de la plaie abdominale. (Legueu).

La technique de Delassus, parce qu'originale, mérite que je m'y attarde un instant.

Les premiers temps de l'opération : section des ligaments larges, décollement du péritoine vésico-utérin, ligature des vaisseaux ne présentent rien de spécial. Ces manœuvres terminées, on détache le péritoine de la partie postérieure du col utérin par une incision semi-circulaire en ayant soin de confectionner un lambeau assez épais pour qu'il ne puisse céder à la traction. Le col utérin est donc finalement séparé, dans tout son pourtour, du péritoine, qui lui constitue en quelque sorte une collerette, incomplète au niveau des attaches ligamentaires et dont on rétablit la continuité par un point de suture à droite et à gauche.

Cette collerette péri-utérine est fixée au péritoine pariétal par quelques point de suture (lettre *g*. Fig. 3) La cavité péritonale est elle-même définitivement close par un surjet, de sorte que l'utérus se trouve complétement extériorisé et que l'opération s'achève hors du ventre. Un ou deux coups de ciseaux pour sectionner le col, quelques point de suture pour fermer la cavité cervicale : voilà l'opération près d'être achevée. Reste cependant à fixer le moignon cervical

[1] Violet. *Journal d'obst., de gyn. et de pédiatr.*, juin 1905.
[2] Delassus, in Beauvois. *Th. de Lille*, 1905.

Digitized by Google

ou pour être plus précis, la musculaire du moignon cervical aux muscles grands droits. Voici de quelle façon: les fils fixateurs, au nombre de quatre d'ordinaire, chargent profondément le tissu utérin et traversent les couches musculo-aponévrotique et cutanée de la paroi abdominale. On peut se rendre compte dans la figure 3, de la disposition spéciale que Delassus donne à ces fils. D'autre part dans la figure 4, qui est une section de la précédente, on voit, lorsque les fils sont

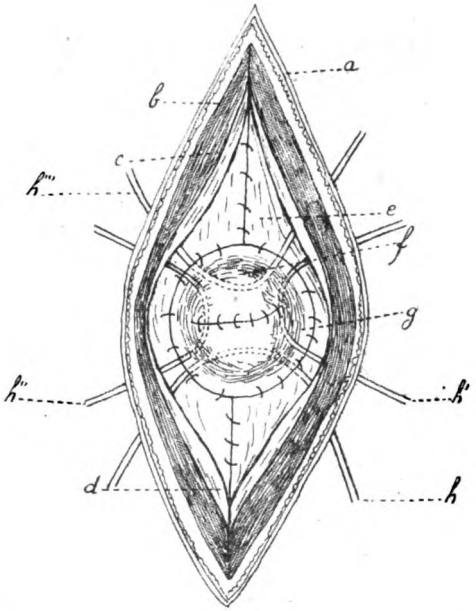


Fig. 3. — Trachélopexie recti-musculaire de Delassus (de Lille) (thèse Beauvois). — *a*, peau; *b*, feuillet antérieur de l'aponévrose du grand droit; *c*, muscle droit; *d*, feuillet postérieur de l'aponévrose; *e*, péritoine pariétal; *f*, col utérin; *g*, collerette du péritoine péri-utérin; *h*, *h'* *h''* *h'''*, fils fixateurs.

noués, combien est intime le contact de la musculeuse utérine et de la musculature abdominale.

Lorsqu'il est utile de pratiquer une hystérectomie totale, dans les cas où, par exemple, le col est notoirement hypertrophié, etc. etc., les mêmes procédés à peu de chose près sont mis en œuvre. La confection de la collerette péri-vaginale, dans

Digitized by Google

sa partie postérieure du moins, est d'une exécution plus difficile que celle de la collerette péri-cervicale ; voilà en quoi consiste la seule différence essentielle : L'ablation totale de l'utérus, avec, le cas échéant, l'excision de la partie supérieure du vagin se fait toujours extra-péritonéalement. La pexie du moignon vaginal n'offre rien de particulier.

Sur 17 cas de la statistique de Beauvois, opérés suivant la technique de Delassus, on enregistre 11 guérisons définitives, 3 récidives et 3 morts dont l'une suite d'urémie et les deux autres résultant d'infection tétanique et septicémique. La mortalité s'élève donc à 18 %.

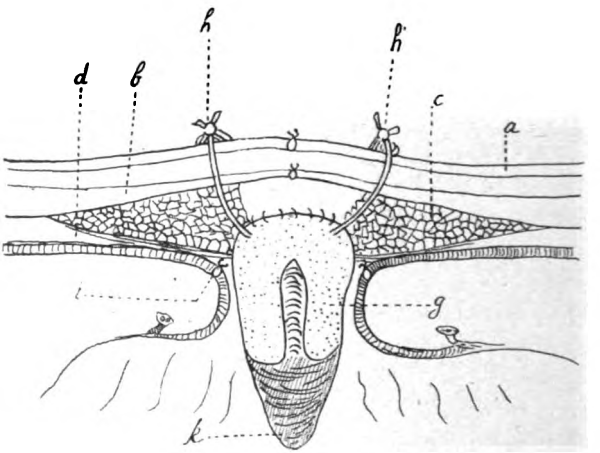


Fig. 4. — Trachélopexie recti-musculaire de Delassus (section); — *a*, *b*, *c*, *d*, *e*, *f*, *h*, *h'* comme fig. 3 ; *i*, suture des deux feuillets du ligament large ; *k*, vagin.

On a lieu de regretter que Delassus n'ait pas cru devoir compléter son opération par des plastiques périnéo-vaginales, comme il en émettait le désir.

Tout récemment, à la *Société de chirurgie de Lyon*, Auguste Pollosson [1] présente deux malades chez lesquelles il a fixé le dôme vaginal à la paroi abdominale après hystérectomie totale. Dans un cas, il a réséqué une partie assez étendue du vagin. Pour lui, cette intervention est suffisante et dispense chez les malades âgées d'une réfection périnéale.

[1] Aug. Polosson. Hystérectomie abdominale totale avec colpopexie dans le traitement de certains prolapsus. *Soc. de chir. de Lyon*, 5 avril 1906.

Digitized by Google

Numa Vieux-Pernon [1], dans sa thèse sur « l'hystérectomie abdominale avec colpopexie dans le traitement de certains prolapsus », recommande à l'instigation de son maître Auguste Pollosson, l'hystérectomie abdominale totale suivie de colpopexie recti-musculaire dans le traitement de prolapsus chez les femmes âgées. Il faut, dit-il, suturer le vagin à la paroi, en faisant une suture musculo-musculeuse des deux organes après l'établissement d'une collerette séro-séreuse. Il est inutile, à son avis, de pratiquer une réfection périnéale après une semblable opération.

Voilà, en résumé, l'historique de la question, de son principe à nos jours.

II

Pour la première fois, le 10 novembre 1903, j'eus l'occasion de pratiquer la trachélopexie ligamentaire après ablation sub-totale de l'utérus. Il s'agissait d'une femme de 53 ans, atteinte de fibro-myôme utérin en même que d'un volumineux prolapsus de la paroi postérieure du vagin.

Après incision médiane de l'abdomen, j'extériorise la tumeur que j'enlève rapidement suivant le procédé de Kelly. La rapidité dans l'acte opératoire n'est pas la moindre condition de succès, à mon avis, et dispense souvent d'une minutie, d'une exagération de détails techniques qui n'ont d'autres valeur que d'assombrir le pronostic. La section du col, en particulier, ne mérite pas tant de ménagements et on exagère à plaisir ses causes de danger. Quoi qu'il en soit, je tiens pour outrée la technique qui consiste à faire à tout prix de l'exérèse extra-péritonéale.

Les ligatures faites, je saisis dans une pince à traction le moignon cervical que j'attire autant que possible en haut et en avant. Sous l'influence de cette traction, les ligaments utéro-sacrés se tendent, le Douglas apparaît, et, je juge sur l'heure que la fixation ligamentaire, pour être efficace et utile dans ce cas, ne peut pas intéresser, à la façon de Jacobs, la partie supérieure du col, mais la partie la plus inférieure de celui-ci ou même encore la partie supérieure du vagin. Faut-il enlever le col, réséquer la partie exubérante du vagin et fixer le dôme

[1] Numa Vieux-Pernon. *Th. de Lyon*, 1906.

Digitized by Google

vaginal aux attaches ligamentaires. Je suis partisan, en principe et surtout chez des femmes âgées auxquelles ce traitement s'applique tout particulièrement, de l'hystérectomie sub-totale, parce qu'elle est moins hémorragipare, moins dangeureuse en un mot, que l'hystérectomie totale. Je tourne la difficulté par un moyen terme qui satisfait à la fois mes préférences et les désiderata du moment.

Après avoir par quelques point séparés au catgut fermé le moignon cervical, après l'avoir péritonisé, j'attire, en commençant par le côté droit, la partie restante du ligament rond derrière le moignon cervical jusqu'à atteindre le ligament utéro-sacré. Un fil de soie solide charge successivement le ligament utéro-sacré, le vagin cervical près de l'insertion vaginale et le ligament rond. Les deux chefs de ce fil sont repérés par une pince hémostatique. Même manœuvre de l'autre côte. D'ailleurs l'ordre que j'indique ici importe peu, pourvu que ligament utéro-sacré, vagin, col et ligament rond soient pris dans la même ligature. Pour aider à l'intelligence de ce temps de l'opération, je l'ai figuré dans un dessin demi-schématique (Fig. 5) : les fils fixateurs y sont représentés par les lettres *d*, *d'*. Les fils sont alors noués et le moignon cervical se trouve attiré en haut et en avant.

Ce moyen de fixation est parfois insuffisant, soit à cause de la laxité du ligament large, soit à cause de l'amplitude du vagin et surtout de la paroi postérieure de celui-ci qui est toujours la plus distendue. J'ai dû notamment dans le cas qui nous préoccupe, avoir recours à une double fixation, que j'ai érigée en méthode définitive, d'où le nom de : *double trachélopexie ligamentaire*.

Voici en quelques mots ma façon de procéder : je passe au dessus du pédicule utéro-ovarien, une aiguille armée d'un fil de soie, représentée dans la figure 6 par la lettre *l*. Cette aiguille qui chemine en faufilant le ligament large dans l'espace compris entre le pédicule utéro-ovarien et le ligament rond traverse ensuite profondément le moignon cervical à son angle supérieur. Les deux chefs sont noués de part et d'autre. L'opération terminée, on a constitué non seulement un attache indirecte à la paroi abdominale par l'intermédiaire des ligaments ronds, mais on a confectionné en outre une forte sangle, tendue comme une corde d'une fosse iliaque à l'autre. Cette sangle a pour but, non seulement, comme on le croit d'ordinaire, de tenir en équi-

Digitized by Google

libre le moignon cervical et l'empêcher de dévier à droite ou à gauche, mais encore de l'élever davantage dans la cavité pelvienne, de le fixer, de le suspendre pour mieux dire aux parois latérales du bassin.

Dans les cas de prolapsus invétérés, externes (Obs. II) ou compliqués de tumeurs utérines volumineuses (Obs. I), le relâchement des ligaments est tel qu'il permet de suivre point par

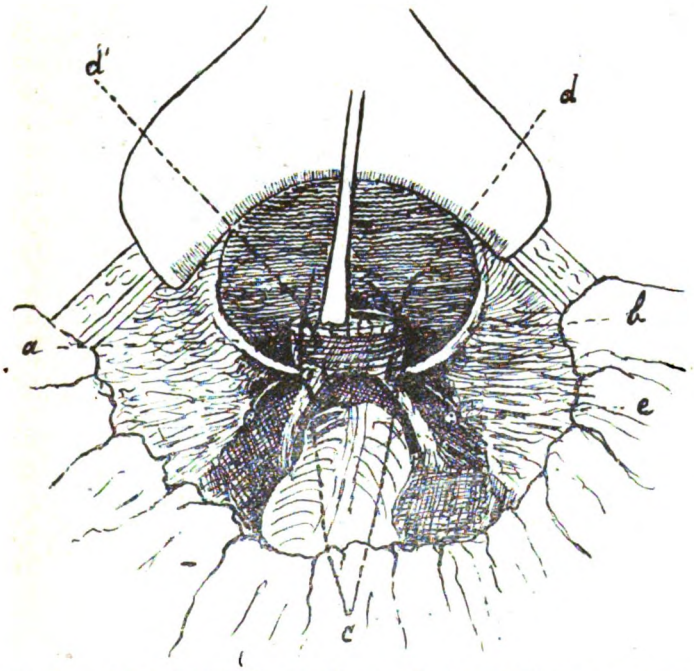


Fig. 5. — Trachélopéxie ligamentaire double. Premier temps. — *a*, col utérin ; *b*, ligament rond ; *c*, ligaments utéro-sacrés ; *d*, *d'*, fils fixateurs ; *e*, pédicule utéro-ovarien.

point la technique que je viens de décrire. Si cependant, il en était autrement, on se contenterait de fixer le pédicule utéro-ovarien au moignon cervical d'un seul côté, à droite ou à gauche indifféremment.

L'opération se termine, comme toute laparotomie par une fermeture de la paroi à trois étages et l'application d'un pansement collodionné.

Dans le second cas, que j'ai opéré le 16 février 1904, il s'agi-

Digitized by Google

sait d'une femme de 44 ans, atteinte depuis longtemps déjà de prolapsus total externe. Astreinte à un travail pénible de tous les jours, la malade venait me consulter pour la soulager d'un mal qu'elle tenait pour comparable aux pires infirmités. L'hystérectomie sub-totale suivie de trachélopexie ligamentaire double me semblait l'opération de choix. Il me fallut quelques

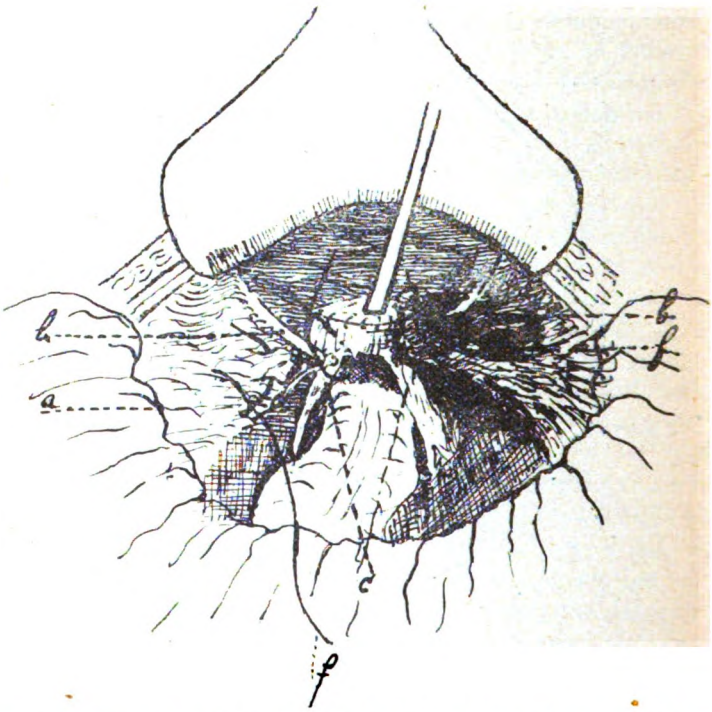


Fig. 6. — Trachélopexie ligamentaire double. Second Temps. — *b*, ligament rond ; *c*, ligaments utéro-sacrés ; *e*, pédicule utéro-ovarien ; *f*, fil traversant le ligament au dessus du pellicule utéro-ovarien, qui va servir à la double fixation.

jours de traitement pré-opératoire pour rendre un peu de souplesse aux parois vaginales œdématiées, et permettre aux ulcérations du col de se cicatriser. Un pessaire maintint pendant ce temps la réduction du prolapsus. L'opération se fit sans accroc, suivant mon procédé.

La guérison fut acquise pendant six mois ; passé cette date le prolapsus se reproduisit en partie. Il me fallut intervenir à

Digitized by Google

nouveau par une double colporrhaphie suivie de périnéorrhaphie d'après Sænger. A l'heure actuelle le résultat est tout à fait satisfaisant.

Cet insuccès m'a rendu attentif à ceci : que dans tous les cas d'exérèse et de pexie par la voie haute pour prolapsus utérins, il faut *absolument* compléter l'opération par des plastiques vagino-périnéales et dans la même séance. Cette dernière recommandation n'est pas un vain mot, parce que les malades se résolvent difficilement à une opération complémentaire dans les semaines qui suivent une laparotomie. Elles partent promettant de revenir bientôt et on ne les revoit que trop tard. La clientèle hospitalière ferait-elle exception à cette règle, je ne le sais ?

Quant à l'importance des autoplasties vagino-périnéales, on verra plus loin quelle est mon opinion à ce sujet.

Obs. I. — *Fibrôme de l'utérus. Prolapsus de la paroi postérieure du vagin. Hystérectomie abdominale sub-totale. Trachélopexie ligamentaire double.*

Mme C.... âgée de 53 ans. Menstruation régulière, très abondante et douloureuse. A eu trois enfants et une fausse couche avec suites normales. Ménopause à 50 ans. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels à noter. On lui a déclaré, il y a quinze ans de cela, qu'elle était atteinte d'un fibrômyôme utérin volumineux dont elle me semble pas avoir souffert jusqu'en juillet 1903. A cette époque, surviennent des nausées, des vomissements, du météorisme, de la rétention urinaire. Puis le ventre augmente de volume, des pertes sanguines et purulentes font leur apparition.

Status le 4 août 1903. — Femme de stature moyenne. Le face est cyanosée, la respiration difficile. L'abdomen est volumineux.

A l'examen direct, je constate la présence d'un volumineux fibrôme de l'utérus qui remplit le cavité abdominale jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Le col utérin est bas situé, mais ne fait pas saillie hors de la vulve. La paroi vaginale postérieure est presque entièrement prolabée. On y remarque une perte de substance de forme triangulaire, dont les bords sont taillés à pic, saignants au toucher et recouverts d'un enduit muco-purulent. A n'en pas douter, les pertes sanguines et purulentes dont se plaignait la malade n'ont pas d'autre cause. Cette ulcération est due au frottement continuel des vêtements sur la portion du vagin extériorisée.

Palpitations cardiaques, arythmie, bruit de galop.

Pas d'albumine, ni de sucre dans l'urine.

Pendant quelque temps, je fais porter un pessaire à Mme C....

L'ulcération se cicatrise et les pertes cessent de ce fait.

Digitized by Google

Opération le 10 novembre 1903. — Narcose à l'ether. Incision médiane. Hystérectomie abdominale sub-totale d'après Kelly. Les artères utérines sont liées séparément comme d'habitude ainsi que le pédicule du ligament rond et le pédicule utéro-ovarien. Le col est fermé à la soie et péritonisé par une suture continue au catgut. Pour fixer le moignon cervical, voici comment j'ai procédé : le ligament rond ou mieux ce qui reste du ligament rond est attiré derrière le col de l'utérus et fixé au ligament utéro-sacré du même côté par un fil de soie solide. Ce fil charge en même temps que le ligament rond et le ligament utéro-sacré, le tissu séro-musculaire du vagin et le tissu séro-musculaire du col utérin près de son insertion vaginale. Même procédé pour le côté opposé. Dans un second temps je transfixe le ligament large au-dessus du pédicule utéro-ovarien et l'attache aux bords latéraux du moignon cervical.

Suture de l'abdomen à trois étages : catgut pour le péritoine ; crins de Florence perdus pour le couche musculo-aponévrotique ; crins de Florence pour la peau. Pansement abdominal collodionné. Pansement vaginal à la gaze xéroformée.

Le tumeur pèse 4 kilogs.

Suites opératoires. — Dès le troisième jour, selles abondantes. Le septième, les sutures sont enlevées. La malade se lève le quinzième jour et tout semble marcher à souhait quand le 22me jour le température s'élève. Le lendemain j'ouvre par une colpotomie postérieure un abcès du Douglas. Le température s'abaisse dès lors et la guérison est définitive.

Je revois Mme C.... en avril 1905. Cœur normal. Pas de prolapsus.

Obs. II. — *Prolapsus complet externe. Hystérectomie abdominale sub-totale. Trachélopexie ligamentaire double.*

Mme B.... âgée de 44 ans. Réglée à 17 ans ; menstruation régulière, non douloureuse. Leucorrhée. Un accouchement à terme et deux fausses couches dont les suites furent normales.

Il y a une année (septembre 1902), à la suite de travaux prolongés et pénibles, la malade se plaint de pesanteur périnéale, de tenesme, d'épreintes, etc., etc. La marche devient difficile. Les jours suivants, la matrice apparait à la vulve, se prolabe de plus en plus, le col utérin s'exulcère et, finalement devenue une invalide, Mme B.... me consulte pour la première fois le 30 octobre 1903.

Status. — Femme amaigrie, pâle. Prolapsus complet externe. Large ulcération au pourtour de l'orifice externe du col utérin ; cette ulcération saigne facilement au doigt. Parois vaginales extériorisées. parcheminées, sans souplesse. Le corps de l'utérus est volumineux, métritique ; les annexes sont saines.

La malade se résout difficilement à l'opération. Elle porte, sur mon conseil, un fort anneau de Dumontpallier qui aura pour but de maintenir provisoirement la réduction, afin que par un traitement approprié, on puisse rendre aux parois vaginales leur souplesse, leur vitalité.

Digitized by Google

Opération le 16 février 1904. — Narcose à l'éther. Incision de l'abdomen sur la ligne médiane. L'utérus est saisi par une pince de Museux et attiré hors du ventre. Hystérectomie abdominale sub-totale d'après Kelly. Même procédé de trachélopexie ligamentaire que dans l'observation précédente. Suture de la paroi abdominale à trois étages. Pansement abdominal collodionné. Pansement vaginal à la gaze xéroformée.

Suites opératoires. — Purgation le troisième jour au matin. Selles quotidiennes depuis 10 h. Pansement vaginal tous les deux jours jusqu'au huitième jour. Le température n'a atteint qu'une seule fois 37°7. Exeat le 28 février 1904.

Je revois Mme B.... le 15 octobre 1904. Elle se plaint à nouveau de pesanteur dans le bas ventre. Le prolapsus a récidivé en partie.

Opération le 12 mars 1905. — Narcose à l'éther. Colporrhaphie antérieure et postérieure, périnéorrhaphie d'après Sänger.

Suites éloignées. — En novembre 1905, la guérison se maintient idéale malgré le dur labeur auquel s'astreint Mme B...., blanchisseuse de son métier.

III.

Les plastiques vagino périnéales, l'hystéropexie ou l'hystérosuspension avec toutes ses variétés, directe ou indirecte, extra ou intra-péritonéale, l'amputation du col, l'hystérectomie vaginale ou abdominale résument à peu de chose près toutes les opérations qui ont été tentées contre le prolapsus génital. Dire leur nombre, leur devenir incessant, c'est avouer par la même leur impuissance relative et du même coup enregistrer leurs insuccès. Il n'en saurait être autrement : il faut avant tout savoir différencier les lésions en présence desquelles on se trouve, simples dans certains cas, complexes dans d'autres, étudier soigneusement leur pathogenèse pour y remédier dans la mesure efficace et utile.

Je m'explique. Ces opérations dites les unes : *opérations de contention*, les autres *de suspension* ou *de pexie*, celles-ci enfin *d'exérèse* (tels sont les vocables par lesquels on les distingue [1]) ont des indications nettement formulées et bien spéciales. Il va de soi que cette thérapeutique si diverse, à modalités si variées, s'applique à des affections différant par leur gravité et leur complexité. Que, dans certains cas, l'un de ces moyens, pris isolement doive suffire, on le conçoit ; que dans d'autres il y ait intérêt à ce qu'ils se prètent réciproquement aide et assistance, c'est une conclusion qui s'impose. S'agit-il en particulier d'une

[1] F. Legueu, loc. cit.

Digitized by Google

femme jeune, atteinte de prolapsus de la paroi antérieure ou postérieure du vagin avec déchirure du périnée, il va sans dire que l'anaplastie est formellement indiquée et qu'elle donnera à elle seule d'heureux résultats. Y-a-t-il en outre une rétroversion, un allongement hypertrophique du col, etc. etc., le *modus operandi* doit se modifier. A nouveau fait, nouvelle indication opératoire. La colporrhaphie antérieure et postérieure suivie de périnéorrhaphie doit être pratiquée avant tout, mais associée à l'une des opérations d'exérèse ou de suspension: l'amputation du col utérin, par exemple, ou bien la ventro-fixation, le raccourcissement intra ou extra-abdominal des ligaments ronds, etc. etc.

De degré en degré dans l'échelle de l'ectopie génitale et par ordre de complexité croissante, nous arrivons au prolapsus total externe dont le tableau est le suivant: Le plancher périnéal est effondré, la vulve largement ouverte; les parois vaginales complétement éversées sont le siège d'infiltration œdémateuse et d'ulcérations qui circonscrivent le pourtour de l'orifice utérin. L'utérus lui-même est gros, métritique; il a, dans les cas extrêmes, perdu droit de cité dans la cavité pelvienne; dans d'autres on en perçoit encore le fond par la palpation abdominale. Les ligaments enfin sont distendus au maximum.

Que faudra-t-il faire? *Réparer le périnée?* C'est, à mon avis, l'acte fondamental dans le traitement du prolapsus total externe, et je m'étonne qu'aujourd'hui, sous la poussée de procédés nouveaux, fussent-ils les meilleurs, on ait relégué les autoplasties périnéo-vaginales à l'arrière plan. Disons-le tout de suite, celles-ci, pour être efficaces, devront être aussi étendues que possible. L'ancien axiome disait vrai: il ne faut jamais craindre d'avoir fait trop, mais toujours de n'avoir pas assez fait. Quant à ceux qui contestent à la réparation périnéale toute utilité, qui croient pouvoir s'en abstenir, l'avenir leur donnera bientôt un démenti formel. Cependant, pour essentielle et nécessaire qu'elle soit, cette opération, dans les cas spéciaux qui nous occupent, est incapable à elle seule d'assurer une guérison définitive et durable. Et pourquoi? Voici des faits: 1° on observe des prolapsus avec intégrité du périnée. J'en pourrai citer comme preuve une de mes observations récentes chez une femme déjà âgée et qui n'avait jamais eu d'enfants. 2° P. Müller, F. Legueu et d'autres encore ont précisément opéré par la voie abdominale

Digitized by Google

des cas de prolapsus pour lesquels quelques mois auparavant on avait pratiqué des plastiques vagino-périnéales.

La réparation périnéale est donc de toute importance à condition toutefois qu'elle se complète par des actes opératoires secondaires. Quels sont-ils ?

Enlever l'utérus ? Certes oui ; 1° parce qu'il est gros, métritique et par conséquent malade, 2° parce que, mis en cause dans la genèse du prolapsus, du fait de son poids, le négliger serait s'exposer à une récidive certaine. Doit-on recourir à l'hystérectomie vaginale ? C'est une méthode déjà ancienne dans le traitement du prolapsus génital : elle date de 1867. Malheureusement sa valeur n'est pas en rapport avec son degré d'ancienneté. D'échec en échec, elle est tombée dans le discrédit. On a cherché, mais en vain, à relever sa fortune par quelques artifices de technique, en constituant entre autres une sangle ligamentaire pour donner un point d'appui au dôme vaginal (Fritsch, Quénu). A ce propos, je me souviens comme si c'était hier d'un cas de prolapsus externe que j'opérai en 1899, suivant ce dernier procédé, avec la minutie dans les détails qui est la caractéristique des débutants. Les suites opératoires furent normales. Deux mois après, la récidive vint. Ce n'est pas là un fait isolé.

D'autre part, l'hystérectomie vaginale n'est pas, dans le cas particulier, l'opération anodine que l'on croit. Sa mortalité, dans le prolapsus du moins, s'élève jusqu'à 7 % (Legueu). A ceux qui l'ont pratiquée, il suffira de rappeler combien elle est hémorragipare et partant dangereuse.

L'hystérectomie abdominale qui, de nos jours, grâce à l'asepsie, est devenue courante, présente de sérieux avantages : exécution facile, si l'on a eu soin de se mettre au courant des progrès de la technique moderne ; large accès du champ opératoire où l'on voit ce qu'on fait, où l'on pince facilement ce qui donne. Sa mortalité, comparée à celle de l'hystérectomie vaginale, est moins élevée. Ma statistique globale d'hystérectomies abdominales accuse une mortalité d'à peine 3 ½ %.

Cette opération permet en outre, après ablation totale de l'utérus, de *fixer* sous le contrôle de la vue et par conséquent dans les conditions d'une technique meilleure que celle de l'hystérectomie vaginale, le dôme vaginal aux attaches ligamentaires et à leur partie la plus élevée. Elle s'impose d'elle-même et à l'exception de toute autre opération, lorsqu'il s'agit d'un trachélo-

Digitized by Google

pexie ligamentaire ou bien encore d'une trachélopexie ou d'une colpopexie recti-musculaire. La technique de Tuffier qui consiste à pratiquer l'hystérectomie vaginale et la faire suivre d'une colpopexie recti-musculaire ne me semble pas devoir être recommandée.

Doit-on, dans le prolapsus total externe, avoir recours à l'hystérectomie sub-totale ou totale? Les partisans de cette dernière méthode se font de jour en jour plus nombreux. Ils allèguent avec quelque apparence de vérité, qu'il est illogique de ne pas enlever un col dont l'allongement est notoire et qui est le siège d'altérations profondes.

D'autre part, l'hystérectomie totale leur permet, le cas échéant, de réséquer les parties exubérantes du vagin et de remédier dans une certaine mesure au prolapsus d'une façon évidente et extemporanée. Mais, pour rendre à ces objections leur juste valeur, il suffit de rappeler combien vite les altérations du col, les ulcérations vaginales disparaissent par un traitement approprié: la réduction momentanée du prolapsus et quelques injections légèrement antiseptiques. On sait déjà que dans un des cas dont je narre l'histoire (Obs. II) ce mode de faire m'a complétement réussi. Je tiens donc et jusqu'à plus ample informé, l'hystérectomie abdominale sub-totale, en raison de ses dangers moindres, pour l'opération de choix. Il est peut-être cependant des cas où il est nécessaire d'avoir recours à l'hystérectomie totale. Je les crois plus rares qu'on le pense communément.

Si l'on met en regard la fixation ligamentaire et la fixation recti-musculaire, à laquelle de ces deux méthodes faut-il donner la préférence? Question embarrassante, s'il en est une. C'est que les données du problème ne sont pas assez certaines pour que la solution en puisse être tranchée au profit de celle-ci ou de celle-là. Les résultats sont trop récents pour ne pas donner prise à la critique. Quoiqu'il en soit, la statistique se prononcerait plutôt pour la fixation ligamentaire. Est-ce suffisant?

A priori, la fixation à la paroi abdominale ou recti-musculaire a pour elle deux avantages sérieux: 1° elle élève le vagin le plus haut qu'il est possible; 2° elle donne l'apparence d'une solidité à toute épreuve. La fixation ligamentaire, par contre, n'assure qu'une élévation relative et une pexie dont la fragilité semble hors de doute. Refléchissons un peu cependant. Le fait de tendre le vagin à l'extrême, de lui faire perdre toute élasticité,

Digitized by Google

de l'amarrer directement ou indirectement par l'intermédiaire du col utérin, et en un point fixe et immuable, me semble plutôt constituer une infériorité de ce mode de faire, qui peut amener, comme on l'a d'ailleurs observé, le tiraillement de la cicatrice et finalement la dépression en entonnoir de la paroi abdominale. Combien plus normale, physiologique, si j'ose m'exprimer ainsi, me semble la fixation ligamentaire qui, pour être moins parfaite en théorie, s'adapte mieux à la situation. Ici pas de rigidité des parois vaginales, pas de fixité absolue, mais par contre un équilibre stable qui permet le libre jeu de l'appareil génital, qui lui conserve sa liberté d'expansion. C'est un pastiche de la nature, peut-être imparfait, mais qui vaudra certes mieux par le fait seul qu'il est un pastiche que tout autre mode de faire qui s'en éloigne par trop.

En résumé, quel est le traitement du prolapsus total externe? Par ordre d'importance : 1° autoplasties périnéo-vaginales, 2° hystérectomie abdominale sub-totale, 3° trachélopexie ligamentaire. Il est à souhaiter que ces trois opérations puissent être faites dans une même séance et dans l'ordre qui siéra à chaque opérateur, l'emploi des gants permettant de passer sans autre du vagin à la cavité abdominale.

En résumé, voici d'une façon précise les indications de ce traitement qui s'adresse, ainsi que je l'ai maintes fois répété, au prolapsus total externe, chez les femmes qui ont dépassé la ménopause ou qui sont près de l'atteindre, à condition toutefois qu'elles ne soient pas trop âgées, ni atteintes d'une de ces maladies (brightisme, cachexie cardiaque, etc., etc.) interdisant toute intervention opératoire de quelque durée. Les obèses, en raison de l'épaisseur de leurs parois abdominales, ne doivent point se réclamer de la laparotomie. Chez les femmes jeunes, en période de vie génitale active, toute opération mutilatrice est formellement interdite à moins qu'elle ne se justifie d'autre part par l'existence d'une tumeur fibreuse, d'une affection bilatérale des annexes, etc., etc., qui viendraient compliquer le prolapsus. Cette règle ne saurait souffrir d'autres exceptions.

Pour ma part, je réserve la colpectomie de P. Müller pour les femmes très âgées et débiles. Le grand reproche que j'adresse à cette opération, ce n'est point tant son caractère anti-physiologique dont on a si souvent parlé que le sacrifice des relations sexuelles qu'elle impose à la femme. Cette femme, fût-elle même âgée, en prendra-t-elle aisément son parti ? J'en doute.

Digitized by Google

L'inégalité pupillaire, signe précoce de la tuberculose

Par le Dr Narich

Parmi les nombreux signes précoces de la tuberculose, la *myose* et la *mydriase* ont été tour à tour signalées par divers auteurs.

L'utilité d'instituer une prompte médication et un régime réparateur précoce dans le traitement, font des signes du début la plus précieuse indication. A côté des névralgies et arthralgies les plus diverses, des troubles dyspeptiques (hyperchlorhydrie), de la diminution de l'hémoglobine du globule rouge, de la fréquence du pouls (Niemeyer), des élévations irrégulières de la température sous l'effet du moindre effort, des sueurs profuses, de la dyspnée, de l'hémoptysie, des végétations adénoïdes du pharynx, considérées par Dieulafoy comme le premier stade d'une tuberculose ganglionnaire cervicale, des amyotrophies (du muscle sterno-cléido-mastoïdien et des muscles de l'épaule), de la splénomégalie prétuberculeuse, décrite par Bernheim et Tedeschi, etc., l'inégalité pupillaire a été plusieurs fois signalée.

Sur 27 malades atteints de tuberculose au début (12 femmes, 4 hommes et 6 enfants), nous l'avons observée 4 fois.

Nous rappelons succintement ces quatre observations :

Obs. I. — C. B., femme de 45 ans, a eu dans un intervalle de quinze ans, cinq enfants qu'elle a allaités ; elle n'a jamais été malade ; surmenée par un rude travail de la campagne, nourrie insuffisamment, elle dit avoir maigri depuis quelque temps et reconnaît que ses forces diminuent tous les jours.

On constate qu'elle présente le soir une légère élévation thermique (37,05, 37,06), quelques douleurs articulaires et musculaires ; sueurs, névralgies fréquentes du trijumeau gauche.

A l'auscultation on perçoit au sommet pulmonaire gauche une respiration rude, une expiration prolongée. Quelques jours plus tard elle est prise d'une attaque de rhumatisme articulaire franc de nature tuberculeuse (rhumatisme tuberculeux de Poncet typique). — Salicylate de soude sans résultat.

Point intéressant : la patiente présentait dès le début, avant l'apparition des phénomènes articulaires, une inégalité pupillaire très marquée. La pupille droite était en *mydriase*, la gauche en *myose*. Toutes deux

Digitized by Google

réagissaient cependant bien à la lumière ; l'accommodation était possible. La dilatation de la pupille gauche par l'atropine persistait plus qu'on ne le voit ordinairement. On ne constatait aucun trouble de la vision, sauf une sensation de pesanteur de l'œil gauche.

Obs. II. — A. D., âgé de 10 ans. Terrain lymphatique, gencives blafardes, maigreur. L'enfant a été atteint, il y a un an, d'une pleurésie tuberculeuse gauche.

A l'auscultation on ne relève rien de particulier au niveau des poumons, si ce n'est quelques frottements pleuraux à gauche.

Le petit malade présente depuis quelques jours de l'inégalité pupillaire : pupille gauche en *mydriase*. Aucun trouble de la vision.

Obs. III. — T. J., âgée de 5 ans. A 3 ans, bronchopneumonie. A partir de ce moment, cette enfant resta souffrante ; elle tousse en hiver, s'enrhume facilement. Muqueuses oculaires et gingivales anémiées. Inapétence, sueurs, névralgies fréquentes des nerfs trijumeaux. Croissance très lente. Fréquence du pouls (85 à 95).

Inégalité pupillaire : pupille gauche en mydriase.

Obs. IV. — C. D., âgé de 28 ans, agriculteur.

Antécédents héréditaires : Père et mère morts tuberculeux.

Antécédents personnels : Il y a cinq ans, pendant la campagne de Chine, il fut atteint, dit-il, d'une synovite tuberculeuse aux pieds (muscles fléchisseurs) et dut subir une opération. Depuis lors il souffre fréquemment d'embarras gastrique fébrile, son pouls est constamment accéléré (80 à 90 pulsations à la minute).

L'auscultation ne dénote rien de particulier au niveau des poumons.

C. présente une inégalité pupillaire manifeste : œil droit en *mydriase*, œil gauche en *myose*. Cette inégalité des pupilles varie fréquemment, mais existe toujours.

L'inégalité pupillaire ne suffit certainement pas à elle seule pour édifier le diagnostic précoce de la tuberculose, mais ajoutée à d'autres signes, elle pourra parfois contribuer à dépister une tuberculose latente à son début. L'importance de ce symptôme est loin d'égaler celle de certains autres, comme la fréquence presque constante du pouls, les troubles dyspeptiques. Elle se rencontrerait 14,8 fois %, d'après notre statistique portant sur 27 malades. Quoique faible, ce taux est à retenir, mais n'a point la prétention d'offrir un pourcentage exact.

Dans notre observation III, l'existence de la tuberculose pulmonaire n'est pas démontrée ; l'enfant, bien que fortement

Digitized by Google

anémiée, présente à peine une respiration rude au niveau des sommets, mais à côté de son inégalité pupillaire, on trouve des sueurs profuses, des périodes marquées par des troubles gastriques, de fréquentes névralgies du trijumeau, de la fréquence du pouls, tous signes d'une grande probabilité.

Dans nos observations I, II et IV, la nature tuberculeuse des affections antécédentes de nos trois malades est manifeste.

La première, femme de 45 ans, fait du rhumatisme tuberculeux très net, précédé depuis environ un mois d'une inégalité pupillaire bien marquée. La pupille gauche est en myose ; dilatée par l'atropine, elle revient difficilement à ses premières dimensions, elle est paresseuse. L'accommodation reste cependant possible. En dehors de l'atropinisation, la malade voit bien clair.

Le petit malade de notre observation II présenta de l'inégalité un an après sa pleurésie tuberculeuse gauche ; la mydriase siège également à gauche.

Notre adulte faisant l'objet de l'observation IV, possède en plus de son inégalité, une fréquence exagérée du pouls et est souvent atteint d'embarras gastrique fébrile. La nature tuberculeuse de la synovite du cou de pied, intéressant les gaines synoviales de ses muscles fléchisseurs, est certaine.

Ces trois dernières observations sont démonstratives : l'inégalité pupillaire a été observée chez trois tuberculeux avérés (rhumatisme tuberculeux, pleurésie tuberculeuse, synovite tuberculeuse du cou de pied) ; elle a immédiatement précédé l'éclosion du rhumatisme de cette nature chez notre première malade.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 25 octobre 1906, à l'Hôpital cantonal.

Présidence de M. Maillart, Vice-Président.

22 membres présents.

M. Ch. Julliard donne à propos du procès-verbal des nouvelles du malade qu'il a opéré pour épilepsie consécutive à une fracture du crâne (Voir p. 663, note).

Digitized by Google

M. Gautier demande si l'atrophie et l'impotence des membres se sont améliorées.

M. Julliard répond que de ce côté là l'amélioration est très peu sensible.

M. M. Roch présente un malade qui montre le phénomène rare de l'*hippus* (oscillations du diamètre pupillaire indépendantes des causes qui provoquent ordinairement les mouvements de l'iris):

Femme de 71 ans en traitement dans le service du prof. Bard pour dépression nerveuse, ptose gastrique et sclérose des sommets pulmonaires. Outre les symptômes propres à ces maladies, on remarque une forte inégalité pupillaire, la pupille droite étant plus petite que la gauche. De plus à droite la fente palpébrale est moins ouverte qu'à gauche, la pression intra-oculaire parait diminuée, la joue est plus aplatie et plus pâle du même côté, tandis qu'à gauche, on constate avec la mydriase la rougeur de la pommette ; la transpiration est aussi plus abondante du côté gauche de la face que du côté droit. Les réactions pupillaires sont parfaitement normales des deux côtés soit à la lumière soit à l'accommodation. Quant à l'hippus il est très prédominant à gauche (côté mydriasé) et il consiste en mouvements iriens rapides (deux secondes), très irréguliers n'étant en connexion ni avec le pouls, ni avec la respiration.

On peut interprêter ce cas de deux façons: ou bien il s'agit d'un hippus bilatéral névropatique, moins apparent à droite à cause du myosis provoqué par la paralysie du sympathique de ce côté-là; ou bien au contraire il existe une excitation du sympathique du côté gauche, qui est cause à la fois de l'hippus et de la mydriase. Les réactions à l'éserine et à l'atropine permettront probablement de trancher la question. On peut affirmer déjà que le sympathique est troublé dans son fonctionnement et il est très vraisemblable que ce trouble est provoqué par les lésions d'un ou des deux sommets pulmonaires.

M. Doret présente une malade atteinte d'une *tumeur de l'orbite :*

Femme de 68 ans, examinée déjà il y a trois ans à peu près à la Fondation Rothschild. Elle présentait à ce moment une légère protrusion du globe oculaire gauche avec déviation en bas et en dehors. Sous le rebord orbitaire supérieur, à l'angle supéro-interne de l'orbite, on sentait à la palpation une petite tumeur de consistance molle, proéminant légèrement; la peau était complétement mobile sur la tumeur qui se continuait en arrière sur le rebord osseux. On n'a constaté alors aucun trouble, ni subjectif, ni objectif du côté du nerf optique; la malade se plaignait seulement de diplopie. Elle n'a pas été revue jusqu'à ces derniers temps, où elle s'est de nouveau présentée à la Fondation Rothschild d'où elle a été adressée au service chirurgical de l'Hôpital cantonal où elle se trouve actuellement. L'anamnèse indique un développement très lent de la tumeur intra-orbitaire, sans épisode saillant; cette tumeur se serait pourtant développée plus rapidement dernièrement et la vue de l'œil gauche s'est perdue peu à peu. Actuellement cet œil est très fortement déplacé en avant et dévié en bas et en dehors; il présente l'aspect d'un œil en état de

Digitized by Google

glaucôme subaigu : tension exagérée, hypérémie périkératique, quelques grosses veines serpentant sur la sclérotique d'avant en arrière, cornée légèrement chagrinée, pupille moyennement et irrégulièrement dilatée, reflet pupillaire jaune grisâtre ; les détails du fond de l'œil ne sont pas visibles. On sent proéminer le long du rebord orbitaire supérieur une tumeur qui occupe tout l'espace situé entre ce rebord et l'œil dévié en bas et qui repousse la paupière supérieure en avant ; cette tumeur se présente comme une masse de consistance plus ou moins molle suivant les endroits, et sur laquelle la peau est complètement mobile ; elle se continue en arrière derrière le rebord orbitaire supérieur ; il est impossible d'indiquer ses limites exactes en dedans et en dehors ; elle semble occuper toute la largeur du plafond de l'orbite.

L'absence de symptômes du côté du nerf optique et le siège de la tumeur au début excluent l'hypothèse d'un néoplasme développé primitivement sur le trajet du nerf. Il serait très difficile de se prononcer sur le point de départ exact. Quant à la nature de la tumeur, l'évolution rapide qu'elle a présentée dans ces derniers temps et sa consistance font penser à un sarcôme, sans qu'on puisse porter ce diagnotic autremement que comme une probabilité.

La malade a été envoyée en chirurgie dans la pensée qu'on lui ferait une exentération complète de l'orbite, à moins qu'on ne tente de conserver le globe oculaire en attaquant la tumeur par la paroi externe de l'orbite (opération de Krönlein).

M. Askanazy présente des pièces provenant d'un lapin sur lequel il a fait une expérience à laquelle il attache une grande valeur aussi bien théorique que pratique. Il s'agit de la *production expérimentale de la tuberculose chronique chez le lapin :*

Depuis la découverte de R. Koch, on a fait des inoculations innombrables sur les lapins et sur les cobayes pour reproduire la tuberculose expérimentale, mais on a obtenu presque régulièrement une tuberculose plus ou moins aiguë, mortelle dans la règle au bout d'un mois et demi à deux mois. Dernièrement on s'est efforcé de reproduire la tuberculose chronique chez les lapins. Inutile de souligner la valeur de ces études pour élucider l'origine et la pathogénie de la phtisie tuberculeuse et au point de vue thérapeutique. Von Baumgarten a le premier réussi à reproduire chez les lapins une tuberculose chronique et cavitaire des poumons après avoir injecté une quantité considérable, sans être cependant trop abondante, de bacilles dans la vessie sans léser l'épithélium de celle-ci, mais la tuberculose pulmonaire était seulement le phénomène prédominant d'une tuberculose généralisée. Récemment Orth et Rabinowitsch ont obtenu des résultats analogues après l'inoculation intrapéritonéale ou sous-cutanée du virus tuberculeux.

M. Askanazy s'est proposé de produire la phthisie pulmonaire chez le lapin, et il insiste particulièrement sur les résultats suivants de ses expériences : Pour provoquer des processus ressemblant le plus possible aux

Digitized by Google

affections de l'homme, il importe d'inoculer très peu de bacilles et de chercher à produire la phthisie pulmonaire sans que les autres organes soient atteints d'une façon appréciable. Il a injecté des quantités extrêmement minimes de bacilles (type bovin) dans la veine de l'oreille d'un lapin. Celui-ci s'est bien porté pendant plusieurs mois, puis a maigri de plus en plus et est mort plus de huit mois après l'inoculation. Son autopsie a révélé l'existence d'une tuberculose chronique cavitaire des poumons. Le lobe inférieur du poumon droit est le siège d'un foyer caséeux et fibreux par places, gros comme une noix et qui renferme une caverne du volume d'une cerise. Le lobe est tellement agrandi que sa pointe atteint presque celle de la cavité pleurale droite, tandis que le lobe supérieur est très petit. Il existe en outre encore plusieurs noyaux et nodules caséifiés dans d'autres lobes des poumons, mais il n'y a aucun foyer tuberculeux dans d'autres organes sauf quelques tubercules miliaires dans le rein droit hypertrophié. Le rein gauche avait été extirpé auparavant pour voir si l'autre rein ainsi surchargé serait plus fortement prédisposé à la tuberculose. A cet égard la réponse est encore douteuse.

En se fondant sur les résultats de cette expérience, M. Askanazy estime donc qu'il est actuellement possible de produire une tuberculose chronique chez les lapins par l'injection intraveineuse d'une quantité très minime de bacilles de Koch. Ce qui est en outre très important c'est le fait que cette tuberculose chronique hématogène des poumons aurait pu être prise pour une tuberculose par inhalation si l'on n'avait pas connu le mode d'infection, les poumons étant dans ce cas presque la seule localisation de la tuberculose hématogène.

Les expériences seront continuées.

M. Gautier demande dans quel état étaient les ganglions bronchiques.

M. Askanazy : Ils sont si petits que je n'ai pu les trouver. Au microscope on rencontre peu de tubercules au début dans les ganglions mésentériques.

Le Secrétaire : Dr Ch. Julliard.

Séance du 7 novembre 1906

Présidence : M. Maillart, vice-président

Membres présents : 24.

M. le Dr Curchod de Roll a bien voulu, à la demande du Bureau, faire une communication à la Société sur les résultats du *traitement des dermatoses par l'électricité statique* :

L'électricité statique, après avoir été fort en vogue au XVIIIe siècle, disparut complètement de l'arsenal thérapeutique pendant nombre d'années. Elle fut remise en honneur par les travaux de Charcot et Vigouroux. Le Dr Suchier, de Fribourg en Brisgau, s'est tout spécialement occupé de

Digitized by Google

l'action du courant statique sur les affections cutanées. Il y fut amené après avoir constaté les heureux effets de cette modalité électrique dans un cas d'acné soumis pour d'autres causes à l'effluvation.

M. Suchier se sert d'une machine Wimshunt à huit plateaux ; le courant est amené au malade placé sur un podium isolé. Un pôle de la machine est mis à la terre ou, suivant les cas, relié au malade, l'autre pôle est relié à une électrode terminée par une pointe effilée et enfermée dans un manchon de verre que l'opérateur, lui-même isolé, tient à la main. On tient la pointe à environ 2mm de la surface à traiter. L'électricité agit sous forme de gerbes d'étincelles. Il se produit très rapidement une escharification des tissus. Le pôle positif doit toujours être considéré comme pôle actif et relié à l'électrode. Une fois l'escharification obtenue sur toute la surface malade, la séance peut être considérée comme terminée. Aucun pansement postopératoire n'est nécessaire. Au bout de deux ou trois semaines l'eschare se détache et la peau saine apparaît.

M. Suchier a traité avec un succès surprenant et un résultat cosmétique parfait, les photographies en font foi, un très grand nombre d'affections cutanées, parmi lesquelles il faut mentionner tout spécialement le lupus vulgaire et érythémateux, les cancroïdes, le mycosis fongoïde, le psoriasis, l'eczéma chronique, les ulcérations syphilitiques tertiaires.

Quant à l'action physiologique, on admet qu'il s'agit d'un effet photocaustique rendu particulièrement actif par la tension formidable du courant statique qui dépasse 100.000 volts. Il y a évidemment là un grand avantage en comparaison de la photothérapie de Finsen, où les rayons actiniques pénètrent au plus à 2mm de profondeur.

Les expériences personnelles de M. Curchod ne font que confirmer les résultats obtenus par M. Suchier ; on ne peut que recommander vivement de faire l'essai d'un procédé qui paraît avoir un grand avenir.

Par rapport à la question des récidives qui se pose tout naturellement, la méthode est encore trop nouvelle pour qu'on puisse formuler un jugement définitif, M. Suchier a des malades guéris depuis plus d'une année, ce qui paraît très encourageant.

M. J.-L. Reverdin demande si l'électricité agit simplement par cautérisation ou bien s'il s'ajoute à cette action une influence spéciale et non déterminée sur les tissus. Il admire sur les photographies présentées les cicatrices consécutives au traitement.

M. Curchod répond qu'à l'action cautérisante s'ajoute une action photochimique spéciale sur les cellules malades.

M. Gautier : Est-ce que cette action ne risque pas de dépasser la zone malade et d'atteindre les tissus sains ?

M. Bétrix demande quelle est la durée de l'application du courant.

M. Maillart demande également si l'on peut espérer que le traitement aurait une action salutaire sur les cancers du pylore ou du sein.

M. Curchod répond que jusqu'à présent on n'a pas observé d'effets funestes à distance.

Digitized by Google

La durée de l'application du courant a été, dans un cas très grave, de quatre heures : deux le matin et deux le soir.

Le traitement ne pourrait exercer une influence, du moins *a priori*, sur les cancers du pylore qu'après un; laparotomie. Autant que possible, il est préférable d'avoir le cancer à nu; cependant on peut faire agir le courant sans traverser la peau, en plaçant les électrodes dans le tissu cellulaire sous-cutané.

M. Koenig présente des pièces provenant d'une malade qu'il a opérée à la Maternité le 3 novembre, et qui était atteinte de *kyste à échinocoques du tissu cellulaire pelvien* :

Femme de 47 ans, entrée dans le service de gynécologie de la Maternité de Genève pour des troubles de la miction qui étaient allés en augmentant jusqu'à nécessiter le cathétérisme plusieurs fois par jour. En outre, elle perdait du sang depuis une quinzaine de jours. M. Kœnig constata chez elle la présence d'une tumeur du volume d'une grosse tête d'enfant, remplissant tout le petit bassin, faisant corps avec l'utérus, refoulant le col en avant, de consistance élastique, mais non fluctuante ; la cavité utérine était allongée à 10.5 cm. Il fit le diagnostic de myome en voie de dégénérescence. L'opération, pratiquée le 3 novembre, démontra qu'il s'agissait d'un kyste développé dans le tissu cellulaire rétrocervical, très intimement adhérent à l'utérus, à la vessie, à l'uretère et au faisceau vasculaire iliaque du côté gauche. L'utérus et ses annexes furent enlevés par le procédé de décollation postérieure de Faure, les adhérences nécessitèrent une dissection excessivement laborieuse de l'uretère et de la vessie. Mikulicz vaginal, péritonisation, fermeture complète de l'incision abdominale transverse [1].

Le kyste, tapissé d'une membrane blanche caractéristique, contenait quelques vésicules du volume d'une noisette, flottant dans un liquide opalescent parsemé de nombreux petits flocons. Chacun de ces flocons correspond à une vésicule hébergeant une vingtaine de scolex d'échinocoque (démonstration microscopique).

Les points à noter sont : 1° la localisation, assez rare ; on connaît à peu près une centaine de cas d'échinocoque dans le petit bassin, dont un certain nombre semblent très suspects ; 2° l'existence d'une petite tumeur appendue dans l'ovaire droit, dans laquelle M. le prof. Askanazy a trouvé des échinocoques enkystés ; 3° l'erreur de diagnostic. M. Kœnig explique comment il fut amené à prendre la tumeur en question pour un fibromyome.

Le pronostic n'est pas bon. Le liquide s'est écoulé en partie dans la cavité péritonéale, charriant des centaines de scolex en pleine vitalité. Un ensemencement en masse est donc à craindre. Il est cependant à espérer que le bataillon péritonéal de phagocytes, stimulé et renforcé par l'acide

[1] *13 novembre :* Les suites furent remarquablement simples. Dès le premier jour la malade urina spontanément. Guérison par première intention.

Digitized by Google

nucléinique que M. Kœnig injecte prophylactiquement avant toute laparatomie grave, arrivera à se rendre maître du parasite.

M. Gautier, à propos du rapport adressé par la *Commission médicale suisse* à la Commission de rédaction du *Code pénal fédéral*, entre dans quelques détails sur un certain nombre d'articles du projet qui intéressent spécialement le médecin, parce qu'ils l'exposent à se trouver rangé de par sa profession au nombre des délinquants.

Il parle d'abord de l'article 60, concernant le *meurtre*, qui punit l'homicide intentionnel de dix à quinze ans de réclusion. Le projet ne prévoit aucune exception pour le cas où l'accoucheur perpètre un meurtre intentionnel en supprimant pendant le travail l'existence d'un enfant dont le cœur bat. Or, un jugement du tribunal de l'Empire allemand assimile l'enfant à un être humain depuis le début de la période d'expulsion. Si cette jurisprudence était admise par un tribunal suisse, le médecin pourrait donc tomber sous le coup de l'art. 60. Pour le mettre à l'abri de cette éventualité, la Commission médicale propose donc d'y introduire l'adjonction suivante :

L'alinea 1 de l'art. 60 n'est pas applicable à la suppression intentionnelle de la vie de l'enfant pendant le travail, quand cette intervention a été pratiquée par un médecin autorisé, dans l'intérêt de la vie et de la santé de la parturiente.

L'art. 64, § 2, est ainsi conçu :

Celui qui, avec le consentement d'une femme, aura pratiqué sur elle des manœuvres abortives ou aura prêté assistance à de tels actes, sera puni de la réclusion jusqu'à cinq ans. La peine sera la réclusion de deux à dix ans si l'auteur agit en qualité de médecin, pharmacien, sage-femme, ou moyennant salaire.

Contrairement à ce qui est admis par plusieurs codes cantonaux, le projet n'exclut pas de la pénalité l'avortement qui est pratiqué pour des motifs médicaux et pour sauver la vie de la mère. Cette omission paraît dangereuse. Tout en insistant formellement sur le fait que cette catégorie d'interventions doit être réservée aux médecins régulièrement autorisés à l'exclusion de tous autres, et en première ligne des sages-femmes, la Commission médicale propose en conséquence l'adjonction suivante à l'art. 64 :

L'extraction du produit de la conception pratiquée par un médecin autorisé pour éviter un danger à la vie ou à la santé de la mère, ne rentre pas dans la définition des manœuvres abortives punies par le présent article.

D'une façon générale, qu'il s'agisse de la suppression de la vie d'un enfant à terme ou d'un avortement provoqué dans l'intérêt de la mère, le médecin ne saurait s'entourer de trop de précautions pour couvrir sa responsabilité. Il ne devra jamais négliger d'avoir l'avis conforme d'un confrère et le consentement formel, si possible par écrit, des intéressés. Ces deux garanties deviendront indispensables une fois le Code pénal fédéral entré en vigueur, si les deux adjonctions réclamées par la Commission médicale n'y sont pas introduites.

Digitized by Google

Les articles 71 à 73 traitent des *lésions corporelles.* En fait, le médecin, et surtout le chirurgien, infligent constamment à leurs clients, dans leur intérêt, des lésions corporelles qui peuvent aller même jusqu'à de véritables mutilations. Ces lésions utiles ne doivent pas tomber sous le coup de la loi à deux conditions :

1° *Qu'elles soient pratiquées conformément aux règles de la science.*

2° *Que le malade ou son représentant légal ait donné son consentement.*

Il est clair (comme l'a fait remarquer dans la discussion M. le prof. J.-L. Reverdin) que les règles de la science sont variables et difficiles à définir. Il importe cependant au public que le fait d'avoir son diplôme ne donne pas à tout médecin le droit de pratiquer toutes les opérations, même les plus dangereuses et les plus difficiles. Il importe d'autre part au chirurgien d'être à l'abri de toute recherche s'il est intervenu correctement.

La question du consentement du malade est plus complexe. L'absence complète de consentement du malade ou de son représentant légal est, il est vrai, un cas qui ne se présente pour ainsi dire jamais. Mais il peut arriver que, dans le cours d'une opération, une seconde intervention soit reconnue nécessaire, qui n'avait pu être prévue, ni par conséquent consentie. Le chirurgien l'entreprendra-t-il aussitôt ou la remettra-t-il à plus tard au risque de la rendre plus dangereuse et de diminuer ses chances de succès ? Pour parer à ces éventualités, la Commission médicale demande qu'il soit fait une adjonction à l'art. 25 du projet (état de nécessité) dans les termes suivants :

1° *L'acte commis par un médecin patenté dans l'exercice de sa profession n'est pas un délit quand il est pratiqué conformément aux règles de la science médicale et que cet acte n'est pas en contradiction évidente avec la volonté de celui qui le subit ou de son représentant légal.*

2° *L'acte commis par un médecin patenté dans l'exercice de sa profession et conformément aux règles de la science médicale n'est pas un délit s'il est destiné à préserver la vie ou la santé d'un tiers d'un péril immédiat qui ne peut être écarté par d'autres moyens moins dangereux.*

Si la commission de rédaction admettait cette addition, les adjonctions proposées aux art. 60 et 64 pourraient être supprimées, puisque la notion de nécessité s'applique aux opérations obstétricales aussi bien qu'aux opérations chirurgicales ordinaires.

Encore à propos des articles relatifs aux blessures, la Commission médicale estime que la division des lésions corporelles en *très graves*, *graves* et *simples*, n'est pas suffisamment expliquée par le texte, ce qui pourrait embarrasser soit le juge, soit le médecin expert. Il serait désirable que cette classification fût basée essentiellement sur la durée du traitement et sur les conséquences durables ou permanentes de la lésion.

Le second alinéa de l'art. 65 du projet (exposition) est ainsi conçu :

Celui qui, ayant l'obligation de veiller sur une personne hors d'état de se suffire à elle-même, l'aura intentionnellement abandonnée, alors qu'elle

Digitized by Google

se trouvait en danger de mort ou dans un grave danger pour sa santé, sera puni de la réclusion jusqu'à cinq ans ou de l'emprisonnement pour six mois au moins.

Il va de soi que cet article ne peut être appliqué au médecin qui refuse dans des formes régulières de continuer à traiter un malade. La convention tacite qui lie praticien et client peut être dénoncée aussi bien par l'une que par l'autre des parties, mais dans l'esprit des membres de la Commission médicale, surtout de sa majorité de langue allemande, il semble que le médecin qui refuserait de se rendre à un *appel d'urgence* pourrait risquer de tomber sous le coup de cet article.

L'art. 70, alinéa 2, prévoit un emprisonnement de un à cinq ans pour *celui qui par négligence d'un devoir professionnel aura causé la mort d'une personne.*

Considérant que parfois une négligence minime d'un médecin peut entraîner un décès, et d'autre part que la relation de cause à effet entre la faute professionnelle et le décès sera souvent impossible à prouver en justice, la Commission médicale, tout en reconnaissant qu'il est juste qu'une négligence ou une erreur commise par un médecin puisse être punie lorsqu'elle a eu des conséquences fatales, estime qu'il y aurait lieu de supprimer le minimum de peine (emprisonnement d'un an) pour permettre au juge de punir sans excès.

Le secrétaire: Dr Ch. Julliard.

Séance du 15 novembre, à l'Hôpital cantonal.

Présidence de M. Maillart, Vice-Président.

36 membres présents, 9 étrangers.

M. Roch montre quelques curieux effets de *superpositions de couleur :*

Une solution diluée de bleu de méthylène dans un tube à réaction qu'on plonge dans un verre conique plein d'urine biliaire ou simplement foncée ou encore dans une solution de brun de Bismarck, prend une teinte verte. En mêlant en proportion convenable un colorant bleu violacé, tel que le bleu Victoria ou le bleu de Lyon, à un colorant bleu vert, tel que le vert de méthyle, on obtient une solution bleue d'apparence absolument semblable à la solution de bleu de méthylène, mais plongé dans l'urine ou le brun de Bismarck le tube à réaction qui contient cette solution prend une teinte brun noirâtre [1] fort différente de la teinte verte de tout à l'heure. Cette difference tient à ce que dans le spectre le bleu Victoria et le bleu de Lyon éteignent le vert, ce que ne fait ni le bleu de méthylène, ni l'urine, ni le brun de Bismark. D'autre part, une solution de violet de méthyle ou de

[1] Il faut naturellement que ni la couleur jaune, ni la couleur bleue ne soient trop nettement prédominantes.

Digitized by Google

violet de gentiane mélangée ou seulement plongée dans les mêmes solutions jaunes (urine, brun de Bismark) devient rouge pourpre, tandis qu'un mélange de fuchsine et de bleu de méthylène d'apparences identiques, donne une teinte brun noirâtre sale. Cela provient de ce que les solutions de violet de méthyle ou de gentiane laissent passer le rouge, le bleu et le violet, ces deux dernières couleurs étant seules éteintes par l'urine, tandis que le mélange de fuchsine et de bleu de méthylène ne laissent passer que le violet. Ces expériences sont plutôt de la physique amusante que de la médecine. Elles ne pourront être utiles à la clinique que si elles permettent de découvrir des métachromasies spécifiques pour des pigments normaux ou pathologiques de l'urine.

M. Weber présente :

1° Une femme de 53 ans, atteinte de *paralysie agitante*, qui à côté des symptômes bien connus de cette maladie se fait remarquer : *a*) parce qu'elle éprouve une sensation d'hyperthermie telle qu'on ne peut lui faire porter aucun vêtement ; il faut même lui imposer un drap pour se couvrir quelque peu ; *b*) par une raideur musculaire telle, qu'il est, par exemple, impossible d'examiner les réflexes patellaires, que ses pieds ont pris une position d'équin-varus ; sa tête est fixée en arrière, les traits de son visage sont figés. Son état psychique est analogue à celui de la démence catatonique : mutisme, indifférence, agitation subite au cours de laquelle la malade se précipite par toute porte et fenêtre ouvertes à sa portée, insulte son entourage, etc. Accès de fou rire. Comme étiologie : mère aliénée, sœur également souffrante de paralysie agitante. Début de la maladie à 35 ans, sans cause connue ; aggravation notable à l'époque de la ménopause, époque où la malade fut vivement affectée par la mort d'une de ses sœurs.

2° Une femme de 70 ans, entrée à l'asile de Bel-Air pour une *démence sénile* banale. Peu à peu la compréhension de la parole a disparu et n'existe plus que, par exemple, pour certains ordres brefs. La parole spontanée est paraphasique, bien que quelques phrases usuelles soient conservées. La malade ne sait plus dénommer les objets, ne les reconnaît pas, ne peut indiquer par gestes leur usage, cependant elle voit et entend. Un examen exact est naturellement impossible. Il existe sans doute chez elle une lésion (il peut fort bien y en avoir une série) profonde, en tout cas plus grave par sa profondeur que par l'étendue de la destruction corticale. Les centres de la vue et de l'ouïe sont coupés de leurs associations les plus importantes.

M. Weber désirerait que l'on discutât un jour la question : *aphasie et démence*. Il a en vue surtout les aphasies sensorielles. Pour lui le travail intellectuel se matérialise en quelque sorte par des échanges entre différentes parties du cerveau. Ces échanges pour se faire, suivent des voies anatomiques, soit des faisceaux ; or toute notre éducation se fait avant tout par la parole ; les voies de la parole sont, par éducation personnelle et par hérédité, devenues celles de notre intelligence. Qu'un processus pathologique les détruise chez un homme, il lui aura ôté du même coup

Digitized by Google

les ornières par lesquelles se faisait son travail intellectuel. Les centres dont l'action simultanée produisait le jugement sont isolés les uns des autres. Cela est-il possible sans déficit intellectuel ?

M. Long, sans vouloir aborder la question très complexe du mécanisme de l'aphasie sensorielle, fait remarquer qu'on ne peut expliquer cette forme clinique par un simple état démentiel. A côté des aphasiques âgés, à cerveau mal irrigué et surtout porteur de lésions multiples, on observe souvent des sujets qui montrent, malgré les troubles du langage intérieur, une intelligence bien conservée et qui se comportent tout autrement qu'un dément sénile ou un paralytique général.

M. Goetz présente un jeune homme de 22 ans ½ qui est un exemple intéressant des *suites d'un empyème* pratiqué il y a 20 ans.

Il est entré à l'âge de 2 ans ½ à la clinique médicale de l'Hôpital cantonal, envoyé par M. le prof. d'Espine, qui avait constaté chez lui un vaste épanchement du côté gauche, avec déviation du cœur sur la ligne médiane. Cinq ponctions pratiquées à quinze jours d'intervalle, ramenèrent de 300 à 500 gr. de pus chaque fois. L'état général devenant inquiétant et la fièvre persistant, l'empyème fut pratiqué le 2 novembre 1885 ; un tube fut placé dans la plaie, et plus tard on essaya du siphon du prof. Revilliod, qui fut mal supporté. L'enfant reprit du poids, son état général s'améliora, mais le trajet resta fistuleux, et la rétraction de la poitrine, bien que très marquée, ne fut pas suffisante pour amener une guérison complète. Avec des alternatives de mieux et d'aggravation, toujours provoquées par la rétention du pus, l'enfant resta trois ans à l'hôpital et garda sa fistule conduisant à une cavité de 25 cc. ; les traitements les plus variés, le siphon placé à plusieurs reprises, les injections au thymol, au permanganate de potasse, au nitrate d'argent, n'amenèrent à aucun résultat. En février 1888, le petit malade quitta le service et alla passer six mois à la campagne, et la cicatrisation se fit spontanément. Depuis lors sa santé a toujours été bonne, il n'a plus eu l'occasion de consulter un médecin. Il s'est développé, a fait ses classes et appris le métier de peintre en lettres ; il peut circuler facilement, fait de la bicyclette, respire facilement et travaille huit heures par jour.

Le thorax dont le Dr Gœtz fait circuler la radiographie, a subi le maximum de rétraction à sa partie supérieure, la partie antérieure des côtes semble toucher leur partie postérieure. Le poumon atélectasié et entouré de fausses membranes plus ou moins organisées, doit être réduit à l'état d'un moignon compact qui a donné une ombre noire à la radiographie. Le thorax est mat presque partout, sauf à sa partie inférieure; la respiration s'entend à peine. Le cœur fortement dévié sur la ligne médiane fonctionne normalement. L'hématose qui paraît suffisante se fait exclusivement par le poumon droit, normalement développé ; à noter la forte déviation de la colonne vertébrale, qui forme un S à convexité droite, et l'écartement des vertèbres lombaires, dû à cette forte convexité.

Ce jeune homme offre un ensemble des suites éloignées de l'empyème

Digitized by Google

et de la compatibilité d'une vie presque normale avec la suppression fonctionnelle à peu près complète d'un des poumons.

M. Maillart a observé une fillette dont l'observation s'oppose bien à celle du malade de M. Gœtz. Atteinte à dix ans de pleurésie purulente grippale, elle a été opérée et siphonée. La fistule se ferme au bout d'un mois. Jusqu'à l'âge de quatorze ans il persista une déviation accentuée de la colonne vertébrale. A partir de la quinzième année, l'enfant se redressa et est actuellement presque parfaitement droite.

M. Ed. Martin présente un enfant de deux ans atteint de *malformation des doigts*. A la main droite le médius est énorme et à la main gauche les trois doigts du milieu sont soudés plus ou moins irrégulièrement. On remarque aux mains quelques sillons qui seraient peut-être les traces des brides amniotiques. A la radiographie le pied montre aussi quelques anomalies osseuses.

M. Ed. Martin présente encore une fillette sans antécédents tuberculeux malade depuis trois ans d'un *gonflement douloureux des deux genoux* surtout du gauche. Les bains de mer ont amené une amélioration. A la palpation on sent des grains riziformes dans les bourses séreuses et peut-être aussi dans l'articulation. Les mouvements sont presque complètement conservés. Il y a peu de douleur et l'apyrexie est constante.

M. Girard dit que les corps indurés lui semblent être fixés. Il croit à l'existence d'une tuberculose atténuée avec synovite villeuse.

M. Ch. Julliard croit que le traitement de Bier donnerait ici de bons résultats.

M. Askanazy dit que les corps riziformes sont des corps libres provenant soit des flocons fibrineux d'un exsudat soit de proliférations des tissus en dégénéressence fibroïde.

M. Girard montre une femme opérée par le Dr Matthey de Neuchâtel pour un *fibro-sarcome de l'épaule gauche* (le diagnostic clinique avait été confirmé histologiquement à l'Institut pathologique de Berne). Une récicive insidieuse en cuirasse s'est développée récemment *huit ans et demi* après l'opération. M. Girard a alors pratiqué une *résection de l'épaule* ; une bonne partie de l'omoplate, de l'humérus et de la clavicule y ont passé. Avec un fil d'argent il a attaché l'humérus au reste de l'omoplate. Quant à la clavicule sectionnée, elle est attirée en haut par le cleïdomastoidien, mais le faisceau brachial vasculo-nerveux est intact et actuellement la patiente peut déjà ébaucher quelques mouvements du bras.

M. Girard montre ensuite une jeune homme sur lequel il a fait *l'opération de Bardenheuer* : le désossement du pied pour une carie osseuse avancée. Tous les os du pied y compris les malléoles ont dû être enlevés ; on n'a laissé que les orteils et la partie inférieure du calcanéum, et déjà après deux mois le malade peut marcher sans béquilles. Comme le dit lui-même M. Girard « ce n'est pas beau, mais c'est guéri ».

M. Girard montre encore une malade transférée du service de méde-

Digitized by Google

cine. Opérée il y a trois ans par le Dr Patry qui ne put faire qu'une laparotomie exploratrice sans résultat diagnostic malgré trois ponctions hépatiques elle présenta par la suite des symptômes pleurétiques pour lesquels elle fut ponctionnée et finalement drainée dans le service de médecine. On vit sortir un jour de la plaie des membranes d'un *kyste à échinocoques*. En outre la malade eut une vomique probablement de même origine. Actuellement elle présente une énorme éventration d'où sort une tumeur bosselée grosse comme la tête, probablement en connexion avec le foie. L'éventration et le volume de la tumeur indiquent l'opération.

M. Ch. Martin présente un jeune homme en parfaite santé apparente, sportsman vigoureux, refusé au service militaire pour maladie de cœur. Jamais « le malade » ne se rappelle l'avoir été ; il n'a pas eu de rhumatisme ni d'infection grave. On sent cependant à la palpation un frémissement systolique intense. On entend un souffle roulant systolique dont le maximum est à la base à gauche du sternum, se propageant dans les deux carotides. Le tracé radial n'est pas cependant caractéristique d'un rétrécissement aortique. Il s'agit probablement d'un *rétrécissement pulmonaire congénital*.

Le vice-secrétaire : Dr M. Roch.

BIBLIOGRAPHIE

H. Hartmann, P. Lecène et J. Okinczyc. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique. IIIe série, Chirurgie de l'intestin ; un vol. gr. in-8 de 453 p., avec 153 fig., Paris, 1907, Steinheil.

Ce nouveau volume dû à la plume de M. Hartmann et de ses élèves, constitue une importante contribution à la chirurgie intestinale, particulièrement à celle du gros intestin. Il renferme en outre la statistique du service Civiale, dirigé par M. Hartmann ; cette statistique fait suite à la précédente et résume l'activité et les résultats de ce service du 1er mars 1903 au 28 février 1904.

M. Hartmann a traité avec sa précision ordinaire des anastomoses intestinales, gastrointestinales et de l'exclusion de l'intestin ; les différents procédés sont décrits successivement et les indications étudiées ; un autre chapitre de la même plume a pour sujet le traitement chirurgical du cancer des côlons ; sans être absolument fixé sur tous les points, l'auteur conclut que pour l'occlusion complète, il faut se borner à l'anus artificiel et en faire l'ouverture immédiate ; dans les occlusions incomplètes, il se guide sur la résistance plus ou moins grande du malade pour choisir entre les entéroanastomoses et l'anus artificiel ; enfin pour les tumeurs extirpables

Digitized by Google

il pratiquerait volontiers, quand elles occupent la moitié droite du côlon, l'iléo-côlostomie ou l'iléo-sigmoïdostomie combinée à l'ablation totale des portions du gros intestin en amont du néoplasme; quand elles se sont développées dans la moitié gauche, il préconise soit l'opération en deux temps, soit la fermeture des deux bouts, combinées à la côlo-côlostomie latérale ou à la cæco-sigmoïdostomie; pour les cancers du côlon pelvien il a toujours recours à l'opération en deux temps, avec abouchement des deux bouts à la peau et cure secondaire de l'anus.

M. J. Okinczyc est l'auteur d'un travail très étendu sur la morphogénèse et l'anatomie chirurgicale des côlons qui sert d'introduction à l'étude des tumeurs des côlons; celles-ci comprennent les épithéliomes (adénocarcinomes et carcinomes solides), les sarcomes, la tuberculose, les syphilomes et les tumeurs inflammatoires; leur anatomie pathologique, macroscopique et microscopique, leur symptomatologie, leur évolution, les moyens d'exploration qui leur sont particuliers, sont minutieusement étudiés; on lira ce travail avec grand profit; les figures qui l'accompagnent sont excellentes.

Enfin M. P. Lecène nous donne une étude sur le sarcome de l'intestin grêle fondée sur 46 cas; il montre que ces tumeurs quelquefois multiples (16 cas) sont ordinairement volumineuses, bosselées, non sténosantes; ce sont au point de vue histologique soit des sarcomes globocellulaires, les plus fréquents, soit des lymphadénomes ou des lymphosarcomes, soit des sarcomes fuso-cellulaires. Le diagnostic se base sur l'existence de la tumeur et ses caractères: les coliques par accès, les troubles de circulation des matières, la cachexie souvent précoce et l'absence ordinaire de symptômes de sténose intestinale. Quelques cas de guérison durable parlent en faveur des interventions radicales quand elles sont encore possibles. L'article se termine par la relation d'une observation personnelle.

J.-L. R.

V. de Mestral, de Lausanne. — Contribution à l'étude de la désinfection des mains; broch. in-8 de 19 p.; extr. des *Archives provinciales de chirurgie*, juin 1906.

L'auteur, après avoir rappelé les nombreux travaux déjà entrepris sur la question de la désinfection des mains du chirurgien, rapporte les expériences qu'il a faites lui-même sur ce sujet. Il frottait d'abord une main avec du « cambouis » mélangé de *B. prodigiosus*, il faisait ensuite des essais de désinfection de la peau avec divers agents antiseptiques, puis promenait avec des mouvements de scie des fils de soie stérilisés sur la peau ainsi nettoyée. Ces fils étaient ensuite mis en culture dans des milieux appropriés. Ses expériences, qui ont porté également sur les streptocoques ainsi que sur diverses variétés de staphylocoques, et qu'il rapporte d'une façon détaillée, l'ont amené aux conclusions suivantes:

1° La stérilisation absolue et sûre des mains ne peut pratiquement être obtenue avec les procédés de désinfection actuellement en usage. Le seul

Digitized by Google

moyen de se mettre à l'abri de l'infection d'une plaie par le contact de la main du chirurgien ou de ses aides, est d'éviter le contact de toutes matières infectieuses ou de porter des gants pour opérer.

2° L'*éther*, l'*ammoniaque*, le *spiritus saponatus*, pris isolément, n'assurent pas une bactéricidie suffisante, mais ces substances sont utiles pour *préparer la peau* en la dégraissant.

3° L'*alcool* à 70 % prépare aussi la peau pour l'action d'autres désinfectants. Il possède des propriétés bactéricides énergiques. L'alcool à 70 % agit mieux que l'alcool absolu.

4° Le *sublimé* est un très bon désinfectant. Dans les expériences avec le bichlorure de Hg, il n'y a jamais eu de croissance le long des fils de soie, parce que le sublimé, resté adhérent à la peau, imprègne ainsi les fils, et prolonge son action sur les microbes fixés sur eux. C'est cette action prolongée (*Nachwirkung*), qui empêche le développement des germes. La preuve que tous les germes ne sont pas détruits est fournie par le fait que les microbes détachés du fil et restés dans le bouillon donnent lieu au développement de nombreuses colonies.

5° La croissance de germes le long de tous les fils en contact avec le *permanganate de potasse* ne prouve pas nécessairement que cet agent a un pouvoir bactéricide très inférieur à celui du sublimé, mais provient de ce que le permanganate est rapidement décomposé par sa combinaison avec les matières organiques.

6° Le *lysol à 2 %* ne prolonge pas non plus son action sur les fils de soie et dégraisse bien la peau.

7° Dans tous nos essais, la *sublamine* a montré un pouvoir bactéricide inférieur à celui du sublimé.

8° Comme les *gants de caoutchouc*, pendant une opération, sont facilement piqués, déchirés, coupés et sujets à toutes sortes de détériorations qui leur enlèvent leur pouvoir protecteur et rendent leur port illusoire, il est préférable d'employer le gant de caoutchouc recouvert d'un gant de fil ; mais ce procédé, diminuant la sensibilité tactile des doigts, il vaut mieux ne pas employer de gants pour les opérations aseptiques et délicates, et les réserver pour les plaies infectées ou sanieuses.

C. P.

J. Ingegnieros. — Le langage musical et ses troubles hystériques. 1 vol. gd. in-8°, de 208 p., Paris 1907, Alcan.

L'étude autonome de la psychophysiologie du langage musical a son complément dans celle des troubles pathologiques de ce langage que vient d'entreprendre M. Ingegnieros, prof. à l'Université de Buenos-Ayres, en traitant de la question des aphasies musicales ou amusies, au double point de vue clinique et psychologique. Il parle d'abord avant d'aborder la pathologie de son sujet, des trois problèmes fondamentaux de la psychophysiologie musicale : l'origine et la fonction du langage musical selon la psychologie biologique, la psychophysiologie de l'émotion

Digitized by Google

musicale et l'évolution de l'intelligence musicale, puis, passant à l'étude du langage musical, il commence par démontrer le parallélisme génétique et fonctionnel qui existe entre le langage courant et le langage musical, la formation des centres cérébraux de ce dernier, ses voies d'association, l'influence de l'éducation sur son développement et l'existence de types psychologiques individuels par rapport à la musique. Sur cette base, il résume les connaissances actuelles sur la pathologie du langage musical, pour conclure à la corrélation clinique entre les aphasies et les amusies. Viennent ensuite cinq chapitres consacrés aux observations personnelles de l'auteur sur les troubles du langage musical chez les hystériques; il y expose ce nouveau côté encore si peu connu de la pathologie du langage. Dans un dernier chapitre, il détermine la psychopathologie des aphasies musicales hystériques, selon les plus récentes interprétations de la pathogénie de l'hystérie. Le sujet traité par M. Ingegnieros est, on le voit, très nouveau, et intéressera aussi bien les psychologues que les médecins.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique, publié avec la collaboration de MM. Brault et Letulle, 3e édition entièrement refondue. T. III, avec la collaboration de MM. Gombault, A. Riche, Nageotte, Durante, F. Bezançon, R. Marie et Th. Legry. 1 vol. gr. in-8, de 1170 p., avec 388 figures en noir et en couleurs, Paris, 1907, F. Alcan.

L'étude des altérations du système nerveux forme la partie la plus importante de ce volume. MM. Gombault et A. Riche y traitent des lésions des méninges et du cerveau. Celles des centres nerveux inférieurs sont exposées par MM. Nageotte et A. Riche, médecins de Bicêtre ; les dégénérations de ces centres, les lésions des méninges, des ganglions rachidiens de la moëlle, les myélopathies, les lésions de la moëlle dans les intoxications, les myélites dégénératives progressives, les lésions primitives de l'appareil épendymaire et névroglique sont successivement passées en revue. M. G. Durante, qui s'occupe des altérations des nerfs, débute par une vue d'ensemble sur la cellule segmentaire à l'état pathologique ; la notion de la cellule segmentaire étant relativement nouvelle et la théorie du neurone ayant toujours de nombreux partisans, l'auteur expose les arguments invoqués pour et contre chacune de ces conceptions. M. R. Marie, médecin des hôpitaux, s'est chargé des lésions du système vasculaire, et M. F. Bezançon de celles du système lymphatique et de la rate. Le dernier chapitre, dû au Dr Th. Legry, agrégé de la Faculté de Paris et médecin des hôpitaux, est consacré à celles du larynx : c'est le début du système respiratoire, dont la suite sera étudiée dans le tome IV.

Ce beau volume recevra du public médical le même favorable accueil que les deux premiers. Le quatrième volume, terminant l'ouvrage, paraîtra dans le courant de l'année 1907.

Digitized by Google

H.-S. Frenkel. — L'ataxie tabétique, ses origines, son traitement par la réaducation des mouvements, traduit de l'allemand par le Dr Van Biervliet; préface de M. le Prof. Raymond; un vol. gr. in-8, de 328 p., avec 132 fig. Paris, 1907, Alcan.

Ce livre est le résultat de patientes études poursuivies pendant des années, et contient le résumé des importants travaux qu'à diverses reprises l'auteur a consacrés au traitement de l'ataxie tabétique. Il se divise en deux grands chapitres. Dans le premier, partie générale, l'auteur après avoir exposé l'historique du traitement par l'exercice, étudie successivement les formes de l'ataxie tabétique, la coordination, l'idée d'appropriation dans les mouvements du corps, la définition et les causes de l'ataxie, les divers modes d'exploration des sensibilités superficielles et profondes, la recherche de l'ataxie, l'hypotonie musculaire dans les tabes, l'influence de l'hypotonie sur l'attitude, l'importance diagnostique de l'hypotonie, le rapport entre les troubles sensitifs et l'ataxie, la théorie de l'ataxie tabétique. Le deuxième chapitre renferme la partie technique du livre, il a surtout pour but de fournir au médecin des données qu'il puisse utiliser lui-même dans sa clientèle; l'exposé détaillé qu'en donne l'auteur sera lu avec fruit par tous les praticiens.

Ch. Sabourin. — Les embolies bronchiques tuberculeuses; un vol. in-16 de 264 p. avec 53 fig. et 7 tracés thermométriques. *Collection médicale*. Paris 1906, Alcan.

L'auteur de ce livre cherche à établir nettement une distinction entre les lésions tuberculeuses primitives du poumon et les lésions tuberculeuses du même organe secondaires par rapport aux précédentes, dans lesquelles d'ailleurs elles prennent leur origine. Les lésions tuberculeuses primitives sont nodulaires, disséminées par leur forme et dans leur évolution; les lésions secondaires du poumon sont au contraire d'apparence pneumonique. C'est ce type pneumonique secondaire que l'auteur met en relief et auquel il assigne une pathogénie spéciale.

Les pneumonies tuberculeuses (pneumonie nécrosante) ont pour cause immédiate une embolie bronchique dont l'embolus est le produit bacillaire émigré des lésions nodulaires primitives du poumon. Les pneumonies secondaires sont des lésions régionales comme les infarctus ordinaires. Elles semblent vouées presque fatalement à la nécrose et à la suppuration éliminatrice pour aboutir à la formation de cavernes pneumoniques. Pour l'auteur, cette pneumonie nécrosante parait être une lésion de fatigue, de surmenage, dont le tuberculeux soumis à la cure hygiénique bien ordonnée n'est presque jamais atteint. Aussi, après une étude des pneumonies nécrosantes en général, basée sur des séries d'observations, M. Sabourin arrive-t-il à la conclusion que la forme pneumonique de la phtisie ne se montrerait que dans des cas tout exceptionnels, si la tuberculose du poumon était toujours soignée à temps et de façon rationnelle.

L'ouvrage se termine par un chapitre consacré aux pneumonies nécrosantes de la région scissurale.

Digitized by Google

VARIÉTÉS

Compte rendu sur la jurisprudence et la littérature médicale spéciales aux accidents du travail.

Pourquoi les médecins devraient-ils s'appliquer a rédiger le certificat de première constatation, en cas d'accident du travail, d'une façon plus complète?

Une des plus grandes difficultés, en présence desquelles peut se trouver le médecin expert, consiste dans la détermination de l'état d'un blessé *antérieur* à l'accident.

La connaissance de cet état est chose absolument indispensable, lorsqu'il s'agit d'apprécier quelle influence il a pu avoir sur les suites de la blessure, ou bien de préciser la part qu'a eue l'accident dans l'aggravation d'un état antérieur morbide ou supposé tel, en un mot, quand il s'agit de déterminer la responsabilité réciproque de l'accident et du « terrain » dans la production du résultat final.

La question, très difficile à trancher, est constamment posée par le tribunal.

La plupart du temps l'expert ne peut la résoudre; il se retranche derrière l'insuffisance de ses renseignements, il invoque l'absence de documents valables; ou bien, cela s'est vu, il affirme ce qu'il croit — en toute conscience — être la vérité. Mais la foi la plus sincère ne saurait être d'aucun secours en pareille matière; le plus petit fait, par contre, bien observé pourrait être infiniment plus utile. Résultat pratique : le juge laisse la question pendante ou la tranche dans un sens qui peut ne pas correspondre à la réalité.

Cela n'a rien d'étonnant. Comment prétendre demander à l'expert le plus autorisé, six mois, un an et même davantage après l'accident, de déterminer l'influence exercée par ce dernier, sur l'état antérieur de la victime ou vice versa, alors que cet état antérieur lui est absolument inconnu et a pu se modifier considérablement dans l'intervalle.

Le seul document, irréfutable, qui pourrait servir de base à la décision de l'expert, serait un certificat médical exposant les résultats d'un examen de la victime fait peu de temps avant l'accident. Ce document, on le possède parfois, notamment lorsque l'ouvrier se trouve blessé peu de temps après son admission dans une fabrique où tous les employés sont soumis, à leur entrée, à un examen médical, mais il faut avouer que ce fait se présente rarement, très rarement en comparaison du nombre considérable de cas d'accidents du travail qui se jugent chaque année.

Il y a bien encore le médecin habituel de l'ouvrier qui connaît l'état antérieur de celui-ci; ou encore le médecin que l'ouvrier aura consulté

Digitized by Google

de son chef, avant l'accident, pour une affection dont il souffre depuis plus ou moins longtemps, mais tous les deux ne sont-ils pas liés par le secret professionnel? Ils doivent garder le silence. On ne peut donc utiliser ce qu'ils savent.

Il ne reste qu'un seul document dont la teneur pourrait rendre des services, de grands services, je n'hésite pas à le dire, pour tous ceux qui ont déjà été appelés à résoudre des questions de ce genre : c'est le certificat d'origine, ce certificat rédigé, en Suisse, tantôt sur des formulaires spéciaux, tantôt sur papier libre, et établi par le médecin appelé en premier lieu à donner des soins au blessé après l'accident.

Jusqu'à présent le contenu de ce certificat était, *grosso modo*, le suivant : nom, prénom, âge, profession du blessé, date de l'accident, description des lésions causées par ce dernier, puis mention, souvent vague, ce qui est compréhensible, du pronostic vital et fonctionnel, date de la guérison probable de la blessure...

Il faut reconnaître que ces certificats sont parfois très consciencieusement rédigés ; d'autres fois ils sont très incomplets, établis sans minutie, ni ordre, voir même sans grande exactitude. J'en ai plus d'un exemple présent à la mémoire.

Ce certificat sera communiqué dans la suite au médecin expert, auquel il ne sera, souvent, d'aucun secours au point de vue qui nous occupe, car il ne lui fournit aucun renseignement sur l'état antérieur de la victime.

Il en serait tout autrement, si, au lieu de se contenter de la description des seules lésions immédiatement consécutives à l'accident, le médecin appelé le premier auprès du malade, ou à son défaut le médecin qui traitera le blessé dans la suite, examinait avec autant de soins que le permettrait l'état de la victime, les principaux organes *en apparence respectés par le traumatisme* : les poumons avant tout, le cœur, l'abdomen, sans oublier la région inguinale (anneaux, canal, piliers), la région crurale et ombilicale, les déformations extérieures du squelette ou des parties molles, etc. ; bref s'il exposait *succinctement le status* général du malade.

Ce status établi de suite après l'accident donnerait des renseignements précieux sur l'état antérieur du blessé dont il ne serait pas loin, en somme, d'être l'expression fidèle.

Je n'ai pas besoin de m'expliquer plus longuement ; une petite séance d'auscultation pratiquée aussi vite que possible après l'accident permettra plus tard à l'expert de dire si le malade était peu, pas, ou très disposé à la tuberculose pulmonaire que ce dernier prétendra dans la suite être consécutive à sa fracture de côte ; un examen rapide de la part d'un connaisseur, des canaux inguinaux, permettra dans la plupart des cas d'établir, même un an plus tard, si la hernie dont le malade rattache l'apparition à un effort, préexistait, et dans quelle mesure, avant l'accident, etc. etc.

Digitized by Google

Sans doute ces renseignements ne suffiront pas toujours. On ne peut demander à un médecin qui donne ses soins à un blessé, de prévoir sur le champ, toutes les conséquences ou complications possibles de la blessure qu'il doit panser, mais il me semble qu'un peu d'habitude, un petit effort suffirait pour *prévoir les grandes lignes* et pour établir des jalons permettant à l'expert de se retrouver plus tard sur la route qu'il doit parcourir.

J'espère avoir suffisamment fait ressortir les avantages considérables qui résulteraient d'une semblable pratique. Tous ceux qui ont fonctionné une fois ou l'autre à la requête d'un tribunal et qui se sont trouvés aux prises avec les difficultés que je signale sauront apprécier les services rendus par un certificat d'origine ainsi établi.

Trois objections peuvent être formulées à cette manière de faire :

1° *Le malade est trop faible pour pouvoir supporter un examen prolongé.*

2° *Il peut refuser de se laisser examiner pour autre chose que pour sa blessure.*

3° *Le médecin qui voit le blessé le premier ou à qui incombera le traitement est le médecin traitant de la victime et ne pourra, par conséquent, déclarer des lésions qu'il a été amené à constater auparavant.*

La première objection n'est pas bien sérieuse, car il est bien rare qu'un blessé qui guérira ne puisse subir un examen rapide, mais complet, au plus tard quelques jours après l'accident. En outre il faut se rappeler que si le médecin omet d'examiner les divers organes en apparence sains, d'un sinistré, c'est bien davantage, par oubli ou négligence que par impuissance, qu'il pèche. Ce sont les victimes de blessures peu graves que l'on a trop de tendance à n'examiner qu'au point de vue local et immédiat. Les malades atteints de lésions sérieuses ont, en général, un status beaucoup mieux établi. Au reste, si l'état de la victime est trop précaire pour se prêter à un examen étendu et plus minutieux, ou bien cet état s'améliorera et l'examen sera bientôt possible, ou bien l'issue fatale ne tardera pas à survenir, et l'autopsie sera là pour lever tous les doutes.

La seconde objection paraît, de prime abord, plus solide. Un blessé peut toujours refuser de se laisser examiner, cela est évident, mais si, d'occasion, le cas venait à se présenter, la victime perdrait ses droits à toute indemnité. Il suffira, dans ce cas, de faire constater cette opposition de l'ouvrier, qui aura pour résultat de placer le médecin dans l'impossibilité de déclarer la nature de l'accident et surtout de se prononcer sur ses effets probables.

Enfin, en dernier lieu, vient l'objection tirée des obligations du secret professionnel. On conçoit que si le médecin appelé à rédiger le premier certificat de constatation de la blessure, est précisément le médecin traitant de la victime, il ne puisse déclarer dans quel état se trouvent les différents organes du malade, état qu'il connaît mieux qu'un autre, du fait d'examens antérieurs sur lesquels il doit garder le silence. Dans ce

Digitized by Google

cas, le patron pourra demander que le blessé soit examiné par un médecin nommé par le tribunal et inconnu de la victime.

On voit donc, par ce qui précède, qu'il n'y aurait pas grand inconvénient à donner une plus grande importance à la description du status général du malade dans les déclarations médicales qui se rapportent à l'état du blessé de suite après l'accident.

Cette description pourrait se borner aux différents organes plus sujets que d'autres à ressentir les effets du traumatisme, plus susceptibles de devenir dans la suite, le siège de complications dont on sera peut-être très embarrassé de définir, au bout d'un certain temps, l'origine exacte.

Cet exposé, succinct mais précis, fournirait une base sérieuse à l'expertise future et simplifierait considérablement la tâche du médecin chargé de la pratiquer, en la rendant possible et surtout valable pour plus d'un cas où elle ne peut l'être actuellement. Dr Ch. Julliard.

Décembre 1906.

Distinctions. — L'Académie de médecine de Paris a accordé une mention honorable sur le Prix Barbier à M. le prof. Galli-Valerio, à Lausanne, pour ses recherches sur la rage des rats, et une mention honorable sur le Prix Hugo à M. le Dr Gautier, de Genève, pour son Histoire de la médecine à Genève.

Congrès périodique de gynécologie, obstétrique et pédiatrie. — La 5e session s'ouvrira à Alger le 1er avril 1907, sous la présidence de M. le prof. Queirel, de Marseille, président général (section d'obstétrique), de M. le prof. Boursier, de Bordeaux (section de gynécologie), de M. le Dr Guinon, de Paris (section de pédiatrie). Cotisation, membre titulaire : 20 fr.; membre associé : 10 fr. Envoyer les adhésions et communications à M. le prof. J. Rouvier, secrétaire général, 52, rue Daguerre, Alger.

Rapports : Cancer et grossesse, M. Oui. — Prolapsus génitaux, M. Delanglade. — Paludisme chez l'enfant, M. Crespin. — Splénomégalies chez l'enfant, M. Rist. — Anémies infantiles, M. L.-G. Simon. — Tumeurs du rein chez l'enfant, M. Mouchet. — Les péritonites aiguës de l'enfant (non compris l'appendicite et la tuberculose), M. Nové-Josserand.

Caisse de secours des médecins suisses. — Dons reçus en novembre 1906.

Berne. — Dr E. Fricker, fr. 10, (10+1115=1125).
St-Gall. — Dr Aepli, fr. 20, (20+394=414).
Genève. — Dr Prevost, prof., fr. 25 ; Association des médecins du canton de Genève, par M. le Dr Maillart, fr. 50, (75+365=440).
Lucerne. — Dr Dolder, fr. 20 ; Pfister, fr. 20 ; (40+385=425).
Soleure. — Dr P. Schaffroth, fr. 10, (10+225=235).
Thurgovie. — Aerzitlicher Verein « Werdbuhlia », par M. le Dr Winterhalter, fr, 100, (100+505=605).
Unterwalden. - Dr H. Willimann, fr. 10, (10+10=20).
Zurich. — Dr Schoch, fr. 10 ; Société des médecins praticiens de Zurich et ses environs, par M. le Dr H. Henne, fr. 50, (60+1240=1300).
Ensemble, fr. 325 ; Dons précédents de 1906, fr. 8723.20 ; Total, fr. 9048.20

De plus pour la fondation Burckhardt-Baader :
Genève. — Dr Prevost, fr. 25, (25).

Dons précédents de 1906, fr. 280. Total, fr. 305

Bâle, 1 Décembre 1906. *Le Caissier :* Dr P. Von der Mühll
Aeschengraben, 20

Digitized by Google

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Pour les articles bibliographiques la lettre B suit l'indication de la page

A

Abandon dans Code pènal féd., 717.
Absinthe et absinthisme, 105.
Accidents du travail. Assurance contre — 309 B. Etude clin. et méd., lég. des —, 195 B. Blessures et —, 129 B. Jurisprudence et littérature des —, 54, 130, 197, 259, 312, 355, 413, 474, 505, 599, 668, 727. Rhumastime et —, 149, 189.
Acide phénique. Dangers de l'—, 209.
Albuminurie, 249.
Alcoolisme et syphillis maligne, 85.
Aliénés, Régime des — en Suisse, 51 B. Fréquence du goître chez les —, 632.
Alopécie en aire syph. (?), 187.
Angiosarcome de l'éminence thénar, 300, 660.
Anurie calculeuse, néphrotomie, 639, 665.
Anus symphysien pour cancer rectal, 252.
Aphasie, sensorielle et aphasie motrice, 598 B — et démence, 719.
Appendicite, massage vibratoire dans —, 49, 115, 189, 513, — avec affections gynécologiques, 43, — dans grossesse, 607.
Art de formuler, 340.
Articulaires. Accidents — hémophiliques, 94.
Ascarides. Méningisme par —, 296.
Aspergillaire. Mycose — dans une caverne, 660.
Assurance militaire. Loi sur —, 643.
Assurances, à la Chambre médicale suisse, 199, — contre accidents, 309 B.
Astasie-abasie d'origine traumatique, 664.
Ataxie tabétique, 726 B.
Atmokausis et zestokausis, 305,
Atrophie musculaire, myopathique, 112, — par sclérose amyotrophique, 112, — avec syringomyélie, 300, — de l'épaule, 117.
Autointoxication intestinale. Traitement de l'—, 103.
Autotransfusion dans shock, 45.
Avortement, suivi de péritonite, 44, — dans Code pén. féd., 716.

B

Bassins rétrécis, 459. Traitement dans — 253.
Balayage des écoles par enfants, 341.
Berthier. Mort du Dr -, 672.
Bibliographie nat. suisse. Hygiène publique, 353 B.
Bier. Méthode de — en oto-laryngologie, 275.
Blennorrhagiques. Phlegmon et infection —. 4.
Blessures et accidents du travail, 129 B.
Bronchomycose aspergillaire, 660.
Bursites Traitement des —, 40.

C

Calcanéum. Fractures du —, radiographie, 253, 317, 361.
Calculs rénaux, néphrotomie, 192, — avec anurie, 639, 665 — avec abcès paranéphrétique, 187.
Cancer, et goître, 348 — et radiothérapie, 47, — de l'estomac avec métastases miliaires, 189, — du rectum, traitement, 307 B, — de la thyroïde, 110 — du corps utérin, 295. Lutte contre et traitement du — de l'utérus, — 46, circulaires, 175, graphiques, 236.
Caisse de secours des méd. suisses, 202
Capsules surrénales. Hypernéphrome des —, 137.
Cerclage dans prolapsus rectal, 95.
Certificats médicaux. Importance des — 727. Valeur des —, 505.
Chambre médicale suisse, assurances, 199.
Chirurgie, de l'intestin, 722 B. — oto-laryngologique, 53 B.
Choroïde. Mélanosarcome de la —, 299, 306.

Digitized by Google

Climatérique. Traitement —, 258 B.
Code pénal féd., 336, 644, 716.
Commission méd. suisse, 336.
Conjonctivite, diphtéroïde double compliquée, 351, — tuberc., formes clin., 352 B
Cordons fibreux de l'abdomen, 95.
Corps étrangers, articulaires 48, — de l'œil, sidérose, 96, — des voies respiratoires, 247, — de l'utérus, 51.
Couches. Hygiène des suites de —, 292.
Couleurs. Superpositions de —, 719.
Crémation. Soc de — 51 B, 258 B.
Cristallin opacifié par traumatisme, 192.

D

Déchloruration, 250.
Décollement rétinien. Causes et traitement du —, 343.
Délire aigu et œdème cérébral, 497.
Delirium tremens, et pachyméningite hémorr., 665, — et responsabilité du patron, 599.
Démence 473 B, — précoce, 115, 201 (erratum) — et aphasie, 719 — et paralysié agitante, 719.
Dermatoses traitées par électricité statique, 713.
Désinfection des mains, 723 B.
Dispensaires antituberculeux, de Genève, 593, 649, de Lausanne, 652, de Neuchâtel, 654.
Doigts, palmés, 187. Malformation des —, 721. Perte des — sans pouce, 505.

E

Eaux. Distrib. des — dans canton de Genève, 302.
Electricité statique dans dermatoses, 713.
Electrothérapie clinique, 311 B.
Embolies bronchiques tub., 726 B.
Embryologie. Précis d'—, 312 B.
Embryons humains, 114.
Empyème. Suites éloignées d'—, 720.
Endoscopie urétrale et vésicale, 66.
Enfants malades. C. R. de la Maison des —, 310 B.
Epilepsie, traitée par bromure à haute dose, 591, — Jacksonnienne suite de polioencéphalite, 104.
Epileptiformes. Crises —, trépanation, 661, 710.
Epithéliome, radiothérapie, 113, —, de la langue, 186.
Etudiants en médecine de la Suisse, 135, 424.
Expertise. Frais d'—, 505.

F

Faute de l'ouvrier, 505.
Favus. Epidémie de — chez les souris, 116.
Ferments glycolytique et pancréatique dans traitements des tumeurs, 346.
Fibrolysine, 104.
Fièvre dite « de grossesse », 605.
Fièvre d'origine inconnue, 300.
Fièvre hystérique, 490.
Fièvre typhoïde aux Eaux-Vives, 191, 193, 255.
Fœtus anormal en position transverse, 342.
Fractures, du bassin, 111 —, bimalléollaire compliquée, 93 — du calcanéum, 253, 317, 361, — des membres 52 B. — de la rotule, 252, Consolidations anatomique et juridique des —, 355.
Frontière allemande. Exercice de la méd. à la —, 338.

G

Gangrène gazeuse traitée par oxygène sous pression, 111.
Gastroentérostomie pour sténose pylorique, 352, 664.
Gastro-succorrhée, 299.
Gelsemium. Intoxication par le —, 504 B.
Glande lacrymale. Luxation traumatique de la —, 331.
Glatz. Mort du Dr —, 120.
Goître, et cancer, 348, — retrosternal, 92, — suffocant, 660. Fréquence du — chez aliénés, 632.
Gonflements douloureux des genoux avec grains rizoformes, 721.
Gonococciques. Phlegmon et infection —, 4.
Graphiques en gynécologie, 627 — et cancer utérin, 236.
Grippale. Pyélonéphrite —, 89.
Grossesse, extra-utérine, 255, — gémelaire, 186 — tubaire, 186, id. avec inondation péritonéale, 45, id. avec kyste ovarique, 193. Appendicite et — 607. Fièvre de —, 605, Pyélonéphrite et —, 614.
Guêpe, Oedème de la glotte par piqûre de —, 247.
Gynecologia helvetica, 411 B.
Gynécologiques. Souvenirs —, 504 B.

Digitized by Google

H

Hébotomie, 18.
Hémophiliques. Acc. articulaires —, 94.
Hémorragies par varices vulvaires dans grossesse et accouchement, 222.
Hémorroïdes. Traitement des — par glycérine phéniquée, 647, 681.
Hermaphrodite, 458, 459.
Hernie accident, 54, 130, 474 — et refus de cure radicale, 413.
Herzen. Mort du Prof.—, 507.
Hippus, 711.
Histologie pathol. Manuel d'—, 725 B.
Hydarthrose tabét. ou syph., 188.
Hydrocèle et accident, 259.
Hygiène. Traité d'— 311 B, 354 B. — publique (*Bibliographie nat. suisse)* 353 B — des logements en garnis, 674, — des suites de couches, 292.
Hyperkératose palmaire et plantaire, 114, 188.
Hypernéphrome, des capsules surrénales, 137, — de l'humérus, 664.
Hystérectomie abdominale dans le traitement du prolapsus utérin, nouveau procédé de trachélopexie ligamentaire double, 689.
Hystérie, et acc. abdominaux, laparotomie, 190, 285. Fièvre dans—, 490.
Hystériques. Troubles — du langage musical 724 B.

I

Idiotie. Un cas d'—, 297.
Incapacité permanente. Evaluation d'—, 263.
Incontinence nocturne d'urine, 445.

J

Jéjunostomie, 93.
Jéjunum. Ulc. peptique du —, 94.

K

Kératite parenchymateuse. Récidives de —, 166.
Kyste, echinoc, 721, id. du foie, 188 id. du tissu pelvien, 715, — hydatique de la rate, 409. — de l'ovaire, 294, — de la trompe, 43.

L

Laparotomie, pour accidents abdominaux d'origine nerveuse, 285, — vaginales, 42.
Lésions corporelles dans Code pén. féd., 717.
Leucocytes. Répartition des — dans sang du cœur et de périphérie dans lencocytoses et leucopénies, 554.
Leucocytoses et tuberculines, 554
Logements en garnis. Hygiène des —, 673.
Lumbago traumatique, 312.
Luxation, congénitale de la hanche, 661, — de la glande lacrymale, 331. — récidivante de l'épaule, 93.
Luxations pseudo-coracoïdiennes et axillaires ; procédé de réduction »par le coude», 425.
Lymphocytes et proces. tubercul., 183.

M

Mains. Désinfection des —, 723 B.
Maladies, nerveuses et accidents du travail, 668, — vénériennes et réglementation de la prostitution, 472 B.
Massage vibratoire dans appendicite, 49, 115, 189, 513
Médecine. Traité de — 53 B id, et de thérap., 196 B. Précis de — légale, 130 B, 259 B. — mentale et droit, 595 B.
Médecins italiens. Patente des — au Tessin, 338.
Mélancolie, 412 B.
Mélanosarcomes de la choroïde, 299, 306.
Méningisme par ascarides, 296.
Maxima et vitesse d'ascension des températures en clinique, 503 B.
Microbiennes. Conditions — d'infection et immunité, 354 B.
Microbiologie clinique, 129 B.
Moral insanity, 298 — chez microcéphale et chez catatonique, 304.
Moustiques. Lutte contre —, 473 B.
Mouvements associés des yeux et nerfs oculogyres, 193 B.
Musical, Langage — et ses troubles hystériques, 724 B.
Mycosis fongoïde, 351.

Digitized by Google

N

Nerf cubital. Suture secondaire du — 477.
Nerfs oculogyres, 193 B.
Néphrectomie pour tubercul. rénale, 111.

O

Obstétricales. Opérations —, 667 B.
Occlusion intestinale. 95.
Oedème, cérébral et délire aigu, 497, — de la glotte par piqure de guêpe, 247, - traumatique du dos de la main, 326.
Oeil. Valeur d'un —, 358.
Orbite. Tumeur de l'—, 711.
Oophorectomie pour fibromes utérins, 252.
Opération de Bardenheuer, 721.
Ostéomyélite de la clavicule, 92.
Ostéosarcome du sphénoïde, 93.
Otolaryngologie. Méthode de Bier en —, 275.
Ovaires avec abcès et kyste, 185.
Oxygène en injections sous pression dans gangrène gazeuse, 111.

P

Paralysie faciale périphérique, 192. Traitement chir. de —, 644.
Péricholécystite calculeuse, 95.
Péritonite, aigüe à pneumocoques, 265, — guérie par entérostomie, 661, — suite d'appendicite, 305, — suite d'avortement, 44.
Pharmacies coopératives. Recours contre —, 295.
Phlébite infectieuse du sinus caverneux, 456.
Phlegmon gonococcique métastatique, 4.
Physiologie. Traité de —, 194 B.
Pince hémostatique. Nouvelle —, 244.
Plaie de la main, 409.
Plaies contuses par frottement et utcère traumatique, 61.
Pneumothorax. 118.
Pneumatocèle occipitale spontanée, 93.
Poliomyélite antérieure, 112.
Polynévrite, suite de rubéole, 50 —, tabétique, 663.
Position transverse, fœtus anormal, 342.
Pouls lent, 113.
Pression artérielle dans grossesse, accouchement et suites, 410 B.
Prix, Ch. Marcel, 183 — de l'Université de Genève, 133.
Prolapsus rectal. 187 —, traité par cerclage, 95 —, id. par inject. d'alcool, 96.
Prolapsus utérin, 185, 459. Traitement chirurgical du —, 251, id. par hystérectomie abdominale et trachélopexie ligamentaire double, 689.
Prostatectomie sus-pubienne, 252.
Psychiatrie. Précis de —, 127 B.
Puberté de la femme, 354 B.
Pupillaire. Inégalité —, signe précoce de tuberculose, 708.
Purpura foudroyant, 241, 301.
Pyélonéphrite, gravidique, 614. — grippale, 89.
Pylorique. Sténose —, gastroentérostomie, 352, 664.

R

Radiothérapie et cancer, 47, 113.
Radium. Emploi thérap. du —, 247.
Reins et caps. surrén. Mal. des —, 257 B.
Résection très étendue de l'épaule, 721.
Responsabilité, 196 B. — du patron et état antérieur de la victime, 475.
Rétrécis. pulm. congénit., 722.
Reymond. Mort du Dr —, 120.
Rhumatisme, aigu et accidents du travail, 149, — traité par salicylate et aspirine, 665, — tuberculeux, 409.
Rotule. Fractures de —, 252.
Rubéole suivie de polynévrite, 50.

S

Scapulæ alatæ physiologiques, 305.
Secret professionnel, 644.
Séparateur des urines modifié, 483.
Sérum antitétanique, emploi préventif, 647.
Schock dans aff. gynécol., autotransfusion, 45.
Sidérose, suite de corps étr. d l'œil, 96.
Simulation et aliénation, 258 B.

Digitized by Google

Sociétés : *Fribourg*, 92, 409. — *Genève*, 49, 110, 115, 186, 189, 192, 255, 297, 301, 304, 346, 349, 409, 591, 660, 710, 713, 718. Rapp. annuel, 119. — *Neuchâtel*, 47, 247. — *Suisse romande*, 643. — *d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse romande*, 42, 46, 172, 292, 458, 459. Rapp. annuel, 172. — *Vaud*, 94, 103, 183, 249, 294, 341, 460. Rapp. annuel, 106.
Souris et favus, 116.
Strumite, 110.
Suchard. Mort du Dr —, 120.
Syphilis, maligne et alcoolisme, 85. — héréditaire, à troisième génération, 349, id. avec spirochètes, 410.
Syringomyélie avec atrophie musculaire, 300.

T

Tabes, à début brusque 351, — syphilitique tardif, 352.
Tabétique. Polynévrite —, 663.
Testicules. Perte des —, 132.
Thalamique. Syndrome —, 599 B.
Thénar. Tumeur de l'éminence —, 300, 660.
Thèses de Genève et Lausanne, 57.
Thyroïde. Cancer de la —, 110.
Trachélopexie ligamentaire double dans prolapsus utérin, 689.
Tractions rythmées de la langue. Prétendue efficacité des —, 369.
Trépanation pour crises épileptiformes, 661.
Tricocéphales du cæcum sans accidents. 104.
Tube nasal après extirp. du larynx, 665.
Tuberculines de Béraneck, 101, 248, 461, 594, résultats éloignés, 586, — de Koch, 76, 96, — et leucocytose, 554.
Tuberculose, appendiculaire 116. — chronique expérimentale chez lapin, 712, — génitale de la femme, 458, — intestinale opérée, 95, — iléo-cæcale opérée, 252, — miliaire aiguë généralisée, sa pathogenèse, 592, — pulmonaire, 56, id. et tub. de Koch, 76, 96 et suiv., — rénale et néphrectomie, 111, — rhumatismale, 409. Dispensaire contre, —, 593, 649. Embolies bronchiques et —, 726 B., Hérédité de —, 412 B. Inégalité pupillaire, signe précoce de —, 708. Lymphocytes et —, 183. Mesures contre —, 247.
Tumeur, blanche, traitement, 504 B. — cérébrale, 634, 661, — de l'orbite, 711.

U

Ulcère, peptique du jéjumem, 94, — stomacal perforant, 117, — traumatique, 61, — variqueux, traité par méthode de Bier, 114.
Urètre. Retréc. traumatique de l'—, 57.
Urine normale et pathologique, 256 B.
Urines. Séparateur des — modifié, 483.
Utérus, — fibromateux, 185, — gravide cancèreux extirpé, 42. Réaction du muscle d' — lors d'introduction d'instruments, 459. Torsion d'— et annexes, 94 (*Voir aussi :* Cancer *et* Prolapsus).

V

Varices, extirpées, 352 — vulvaires rompues dans grossesse et accouchement, 222.
Variole comme accident du travail, 506.
Vessie extrophiée, implantation des uretères dans l'*S romanum*, 96.
Vincent. Mort du Dr A. —, 421.

TABLE ALPHABETIQUE DES AUTEURS

Les noms en ***italiques*** sont ceux des auteurs mentionnés à la Bibliographie.

Achard, 257.
Andreae, 45, 51.
Askanazy, 189, 348, 660, 712.
Aubert, 18, 51.
Audeoud, G., 663.
Audeoud, G., 503.
Audeoud, H., 241, 301.
Audeoud, H., 310.

Balthasard, 259.
Bard, 113, 117, 191, 192, 300, 304.
Bastian, 458, 460, 689.
Bauer, 247.
Beau, 410.
Béraneck, 461.
Berdez, 634.
Bergalonne, 49, 189.
Besançon, 129.
Bétrix, 44, 177.

Digitized by Google

Beuttner, 42, 43, 292, 305, 458, 459, 483.
Beuttner, 411.
Bodin, 354.
Bonnefoy, 258.
Bouchard, 53.
Bourcart, 49, 115, 189, 513.
Bourget, 249.
Braïlowski, 369.
Brandeis, 256.
Brissard, 632.
Brissaud, 53.
Brouardel, 129, 196, 311, 354.

Calot, 504.
Castaigne, 257.
Cérenville (de), 643.
Cevey, 96, 105.
Clément, 92, 409.
Cristiani, 673.
Collomb, 166, 306, 331.
Combe, 103.
Cornil, 725.
Coulon (de), 48.
Curchod de Roll, 713.

Debove, 257.
Dejerine, 598, 599.
Demieville, E., 101.
Demieville, P., 101, 468, 652.
Descœudres, 47.
Dind, 469.
Dœderlein, 667.
Doret, 331, 711.
Dubois, 113, 116, 352.
Dufour, A., 106.
Dupraz, 115, 137, 477.
Duval, M., 194.

Fauconnet, 102, 183.
Favre, 409.
Feurer, 659.
Forel, A., 595.
Francillon, 354.
Frenkel, 726.

Galli-Valerio, 473.
Gauchler, 598.
Gaussel, 193.
Gautier, L., 119, 643, 666, 716.
Girard, 111, 116, 117, 186, 192, 299, 348, 644, 664, 721.
Gley, 194.
Gonin, 96, 343.
Gœtz, 720.
Gourfein, 352.
Guerdjikoff, 22.
Guermonprez, 53.
Guillermin, 554.
Guyot, 275.

Hartmann, 722.
Hensler, 100.
Hertwig, 312.
Huebschmann, 410.
Huggard, 258.
Huguenin, 592.
Humbert, P., 586.

Ingegnieros, 724.
Issaïlowitch-Duscian, 490.

Jaquerod, 76, 96, 469.
Jaquet, 340.
Julliard, Ch., 54, 130, 149, 189, 197, 312, 355, 413, 474, 505, 599, 661, 668, 727.

Krafft, C., 647.
Kœnig, 45, 46, 114, 188, 193, 458, 459, 605, 715.
Kummer, 110, 300, 409.

Lacassagne, 130.
Ladame, P., 51.
Laurens, 53.
Lecène, 722.
Legrain, 595.
Long, 50, 112, 300, 305, 351, 664, 665.

Machard, 192, 660.
Maillart, 299.
Mallet, 593, 649.
Marie, 473.
Martin, Ch., 722.
Martin, Ch., 307.
Martin, Ed., 660, 721.
Martin, Ed., 310.
Marval (de), 654.
Masselon, 412.
Mayor, 49.
Mermod, 647.
Mestral (de), 723.
Mioni, 317, 361.
Morache, 196.
Morhardt, 472.
Mosny, 311, 354.
Muret, 42, 46, 172, 175, 185, 295.
Mutach (de), 305, 352.
Narich, 89, 708.
Nægeli-Akerblom, 504.
Nicati, 189.

Odier, 346.
Okinczyc, 722.
Oltramare, 114, 187, 410.

Pachantoni, 497.
Pallard, 591.
Papadaki, 115, 201
Patry, 265.
Pautry, 193, 255, 302, 326, 352.
Perrin, 66, 96, 445.

Ranvier, 725.
Rapoutova, 425.
Reber, 258.
Regis, 127.
Reverdin, A., 45, 187, 188, 244, 458, 459.
Reverdin, A., 504.
Reverdin, J.-L., 190, 285, 665.
Revilliod, E., 50.
Revilliod, E., 310.
Roch., 665, 711, 718.
Rochaz de Jongh, 473.
Rollier, 470.
Rossier, 46, 179, 253.
Roulet, 247, 472.
Roussy, 599.
Roux, 95, 251, 294, 466.
Rychner, 209.

Sabourin, 726.
Sandoz, 654.
Schranz, 341.
Schmid, 338, 340.
Schmid, 353.
Schwetz, 4, 85.
Secrétan, H., 40, 61.
Secrétan, H., 309.
Seigneux (de), 236, 627.

Thomas, E., 639, 665.

Veyrassat, 209.
Vibert, 195.
Vires, 412.
Vulliet, H., 94, 647, 681.

Wanner, 297, 342.
Weber, E., 247.
Weber, R., 297, 304, 719.
Weck, 409.

Yersin, 456.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE. — GENÈVE.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google